

د. عبد الستار إبراهيم

القلق

قيود من الوهم

الناشر

مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ شارع محمد فريد - القاهرة

اسم الكتاب : القلق قيود من الوهم

اسم المؤلف : د. عبد الستار إبراهيم

اسم الناشر : مكتبة الأنجلو المصرية

اسم الطابع : مطبعة محمد عبد الكريم حسان

رقم الإيداع : ٢٠٠٢/٢٨٤٧

الترقيم الدولي 8-1894-05-977-I.S.B.N.

مقدمة

الانفعال بالناس والأشياء شيء مرغوب وجزء رئيسي من متطلبات الصحة والنضوج. فنحن نفرح ونسر عندما نتوقع تحقيق هدف أو رغبة، ونخاف عندما نتعرض لخطر ما، وندهش للأشياء الغريبة والمفاجئة، ونحس بالندم للأخطاء التي كان بإمكاننا تصحيحها، ونغضب عندما نجد اعتداءً على حقوقنا أو مكاسبنا، ونحب البعض، ونكره البعض الآخر. فهذه كلها انفعالات محمودة وسوية طالما أنها تحدث في وقتها الملائم وفي الظروف الملائمة.

لكننا جميعاً - ودون استثناء - تعرضنا للحظات شعرنا خلالها بالإضطراب النفسي بكل ما يتسم به من توتر شديد والوقوع تحت رحمة انفعالات قوية تعجزنا عن التفكير الملائم والتصرف الفعال، وتوقعنا في ضروب أخرى من المعاناة والاستثارة الزائدة. ومن مآسى الاضطراب النفسي هو تلك الاستجابات الانفعالية الحادة التي نسميها القلق.

وصف لي أحد المرضى نفسه بأنه كالساعة المعطوبة التي «أنظر إليها فأراها تشير إلى منتصف الليل، وأنظر حولي فأجد النهار والشمس والناس». وكان يعنى من ذلك أن هناك شيئاً ما في طبيعته يدفعه للرؤية المعتمدة للمستقبل بينما لا يوجد من حوله أو من ظروفه ما يدفع حقاً إلى ذلك. فثمة هنا نموذج طيب للانفعال غير الملائم، الذي يعطل إمكانيات الإنسان على النمو، ويصيبه بالتوتر وعدم الاستقرار بشكل لا يترك له طاقة لمواجهة المواقف الصعبة أو التفكير في حلها بصورة ملائمة.

لعلني إذن لا أحتاج شخصياً إلى أن أعرف القراء بأهمية موضوع القلق. فخبيرة كل قارئ بهذا الموضوع أكيدة، وتوضح له مدى الألم والتعاسة التي ترتبط بتلك اللحظات التي يمتلكها فيها القلق.

ولكنى احتاج بالطبع إلى أن أصف للقارئ هذا الانفعال الشديد الذى يسم حياته بالخوف والتوجس والقيود. واحتاج لأن أوضح له طبيعة هذا الانفعال ومصادره، واحتاج أيضاً لأن أرسم أمامه خطوطاً عريضة تساعد على السيطرة عليه والعلاج منه، ويحتاج لأن نوضح للقارئ العربى أهم ما يقدمه العلم الحديث من نظريات ومناهج علاجية لهذا الاضطراب.

وتتفق الفصول الستة التى يتضمنها هذا الكتيب فيما بينها لتحقيق هذا الغرض. فتقدم فى الفصل الأول مدخلاً طبياً لموضوع القلق والتعرف على حالات القلق، وأنواعه وأعراضه المتباينة. ويكشف لنا الفصل الثانى عن حجم هذه المشكلة وأثارها على المجتمعات البشرية.. ويتركز خاص على العالم العربى. أما الفصل الثالث فيوضح لنا الشروط التى تحكم ظهور القلق وسيطرته على البعض دون البعض الآخر وذلك تمهيداً لرسم خطوط العلاج النفسى، الذى خصصنا له الفصل الرابع. وقد ركزنا فى عرضنا لموضوع العلاج على ما يسمى بالمناهج السلوكية التى اعتبرناها بمثابة الثورة المعاصرة فى العلاج النفسى. أما الفصل الخامس.. فقد افردناه للقلق فى حياة الطفل بسبب الاختلافات الواضحة بين الأطفال والبالغين بهذا الشأن. ويرسم الفصل السادس الملامح الرئيسية للصحة النفسية، وما يتسم به الأصحاء من خصائص نفسية ومزاجية.

وبالرغم من أننى لا أزعم أن هذه الفصول تمثل حصيلة واقية للبحث فى هذا الموضوع ذى الشعب المتعددة، فإننى أثق بفائدته العملية لفئات مختلفة ومتنوعة من ضحايا الاضطرابات النفسية وعلى رأسها القلق.. كما أثق فى فائدته لبعض الممارسين والمتخصصين فى العلاج النفسى وعلم النفس الطبى بسبب اعتماده على أحدث ماتقدمه البحوث النفسية المعاصرة فى هذا المجال: تشخيصاً وعلاجاً.

دكتور / عبدالستار إبراهيم

القاهرة - مصر

الفصل الأول

التعرف علي حالات القلق

* ماهو القلق ؟

* القلق كجرس انذار.

* القلق كخاصية عالمية.

* القلق أنواع ودرجات :

* القلق المحمود

* القلق العصابى

التعرف على القلق من خلال حالة :

أ - التوتر العضوى - العضلى .

ب- الخوف والتوجس .

ج- التفكير الكوارثى .

* والخلاصة .

ماهو القلق ؟

أنتج لنا بحكم وضعنا المهني - أن نلتقي بالكثير ممن تتملكهم المحن والأزمات. وماتكلما إلى أحد منهم إلا ووجدنا أن القلق بين الغالبية العظمى منهم - هو مصدر المحن وعلى رأس المشكلات. ويصف هؤلاء موضوع شكواهم بأسماء متباينة منها: «انشغال البال»، و«الهم»، و«التوجس»، و«الخوف»، و«التشاؤم»، و«متاعب الصحة والجسد». وسنرى فيما بعد أن كل هذه الأسماء تمثل أوجهاً مختلفة لعملة واحدة هي القلق.

وإذا سألت الناس عما يجعلهم يقلقون فستجدهم يتحدثون عن مصدر القلق بصور شتى، ويدركه كل منهم بمنظار مختلف. فمنهم من يراه كعدو غريب وكريه عرف طريقه بطريقة ما إلى نفوسنا وأجسامنا موجهاً إياها نحو التعاسة والمرض.

ومن الناس من يتحدث عن القلق بأنه أرث ثقیل نقله لهم الأهل السابقون فيما نقلوا إليهم من صفات جسمانية ونفسية أخرى بفعل وراثته محتومة.

هناك البعض الآخر ممن يحاول أن يطرح على القلق مسحة فلسفية فيراه ضريبة ندفعها لوجودنا ومعاشتنا لهذا العصر الحديث. ولهذا نجد الفيلسوف الجزائري - الفرنسي «البيركامي» Camus يرى أن هذا العصر هو عصر الخوف. ويصور الشاعر «أودين» Audin هذا العصر في قصيدة شعرية له حملت نفس الاسم بأنه عصر القلق والمعاناة. ويبقى بعض آخر يتحدث عن القلق ويصفه كما وصفه صديق لنا هو يحيى الطاهر - الأديب المصري المعروف - الذي عاش تجربة قصيرة رائعة في الأدب والتأليف - أن القلق تجربة ضرورية تثري الحياة. لقد كان القلق بالنسبة لهذا الصديق الأديب - رحمه الله - طريقة لإثراء حياته الفنية والأدبية، وكان يقول إنه يبحث عن القلق ويخلقه خلقاً لتستمر تجربته في الكتابة والتأليف.

فالقلق عند البعض إن هو إلا تجربة وخبرة شخصية قد تعود عليهم بالنفع والفائدة.

فما هو القلق ؟ وماهى مصادره ؟ وأين الصواب والخطأ فى أحكام الناس عليه ؟ وهل هناك مايساعد على الشفاء منه أو فى أحسن الأحوال - مايساعد على ضبط نتائجه الهدامة على الشخص والمجتمع .

لقد صدمتنا الاختلافات الشديدة بين الناس فى الحكم على القلق . حتى علماء النفس والأطباء النفسيون لم ينجوا من هذه الخلافات فتفاوتت أحكامهم وتباينت أراؤهم عند معالجة هذا الموضوع . ومن هنا بدأ إهتمامنا بالكتابة عن هذا الموضوع إعتقاداً على البحث العلمى بقدرته على المعالجة الموضوعية المتأنية، والشمول .

القلق كجرس إنذار

القلق - كما يصوره علماء التحليل النفسى - ويتفق معهم فى ذلك علماء النفس المعاصرون - ماهو إلا نذير بأن هناك شيئاً سيحدث من شأنه أن يهدد أمن الكائن أو يخل بتوازنه وطمأنينته . إنه أشبه بجرس الإنذار الذى يعد لمواجهة الخطر .

ولهذا توحى الملاحظات العامة بسلوك الناس بأن القلق هو الاستجابة التى تغلب عليهم عندما يجد واحد منهم نفسه مقبلاً على شىء هام أو خطير . ولهذا فمن الطبيعى أن نجد أن القلق يزداد عندما يكون الشخص ضحية لأزمة صحية أو كارثة مادية، أو تحت تأثير أشياء تهدد أمنه أو حياته، أو فى المواقف الاجتماعية المتأزمة . ومن العسير حقاً أن نضع قائمة شاملة بالمواقف المثيرة للقلق، إلا أن الأمثلة التالية من شأنها أن تنقل للقارئ طعم هذه المواقف :

(١) الطالب الذى يدرك أنه مقبل على إمتحان هام فى فترة وجيزة أو مفاجئة .

- (٢) المريض الذى يذهب إلى طبيبه فيتفرس فى وجهه ويبلغه أن هناك أشياء غير سارة أسفر عنها تحليل أشعته .
- (٣) الأب الذى تصله أنباء أن ابنه قد نقل إلى المستشفى إثر مشادة مع جماعة مشاغبة .
- (٤) المستثمر الذى يسمع بأن البنك الذى يستثمر فيه أمواله قد أفلس . أو فى طريقه للإفلاس .
- (٥) الزوجة التى تعلم أن زوجها يوشك على الانفصال أو الطلاق منها .
- (٦) الزوج الذى يعود لمنزله فلا يجد زوجته كالعادة ، أو الزوجة التى يتأخر زوجها عن العودة للمنزل فى موعده المرتقب .
- (٧) الشخص الذى يجد نفسه مهيناً لإجراء مقابلة شخصية للحصول على عمل ما ، أو مسافر لمكان غير مألوف من قبل ... الخ .
- هذه أمثلة وغيرها الكثير - لعدد من المواقف التى من شأنها أن تستثير القلق ونجدها تشترك فيما بينها فى الخصائص التالية :
- (١) إنها جميعاً تتعلق بالمستقبل أو بأشياء مرتقبة وشيكة الحدوث .
- (٢) إنها جميعاً تنطوى على شىء مهدد أو مخيف .
- (٣) أن التهديد فى بعضها حقيقى ، والتهديد أو الخوف فى البعض الآخر ليس شيئاً حقيقياً أكيداً بل يكفى أن يراه الفرد كذلك .
- ومن هنا يجيب تعريفنا للقلق بأنه إنفعال يتسم بالخوف والتوجس من أشياء مرتقبة تنطوى على تهديد حقيقى أو مجهول . ويكون من المقبول أحياناً أن نقلق للتحفز النشط ومواجهة الخطر، ولكن كثيراً من المواقف المثيرة للقلق لا يكون فيها الخطر حقيقياً بل متوهماً ومجهول المصدر . ولهذا فإن القلق يشيع أكثر ما يشيع بين هذه الفئة من الناس التى يطلق عليها العلماء إسم (العصابيين Neurotics) أى هذه الفئة التعيسة من البشر التى

تتوجس شراً من كل موقف، ويعيش أفرادها لهذا في انزعاج دائم وخوف. ولهذا نجد من القلقين من ينزعج لأشياء غير مهددة بطبيعتها بل قد تثير لدى غيرهم التقبل والاستحسان كمشهد بعض الحيوانات الأليفة، أو السفر إلى مكان جديد أو الدخول في علاقات اجتماعية أو جنسية مرغوبة. حتى النجاح أو التفوق والحصول على شيء كان يصعب تحقيقه قد لا يثير لدى الشخص الذي تنسم حياته بالقلق أكثر من الخوف أن تنقلب هذه الأشياء السارة في المستقبل إلى كارثة محتمة.

ونحن لهذا نقول إن الخطر الذي يستبقه القلق عادة ما يكون خطراً متوهماً ومختلقاً، والخوف الذي يمتلك الناس في حالة القلق خوف مجهول المصدر وغامض وغير عقلاني. ومن ثم يجيء تعريف العلماء للقلق بأنه خوف من شيء مجهول المصدر، وإنه حالة وجدانية غير سارة تملك الشخص وتجعله يرى أخطاراً غير حقيقية ذات مصدر غير معلوم للآخرين.

القلق خاصية عالمية :

يحدثنا علماء النفس عن القلق إنه جزء لا ينفصل عن الحياة البشرية، وإنه يتطور بأنواع مختلفة وأن مصادره متنوعة ومتفاعلة. والقلق لا يعتبر انفعالاً يشيع بين الناس فحسب بل إنه خاصية عامة وعالمية. فمن منا لم يمر بلحظات من الروع والأخطار عندما يشعر بالتهديد والخطر، أو عندما يوشك أن يواجه موقفاً مهدداً لأمنه وطمأنينته.

وهذا فرويد الذي يعتبر من أكثر المهتمين بدراسة هذا الموضوع على مر التاريخ يكتب عن هذه الخاصية العامة للقلق - قائلاً :

«على لا أحتاج شخصياً أن أعرفكم بموضوع القلق، لكن كل واحد منا دون إستثناء قد عانى واختبر هذا الاحساس أو على الأحرى، هذه الحالة الوجدانية مرة أو أكثر في حياته».

وسنوضح فيما بعد من خلال الأمثلة التاريخية المختلفة أن القلق شعور عانى منه الأقدمون ويعانى منه المعاصرون ويصيب الناس على اختلاف ألوانهم ومذاهبهم.

لكن سؤالنا الآن اذا كان القلق عالمياً كذلك، فما الذى يجعله موضوعاً هاماً ومثيراً للإهتمام ؟

القلق أنواع ودرجات :

يتملكنا التوتر النفسى والقلق عندما نعلم أننا سنقبل على خبرة حاسمة (إمتحان، أو لقاء شخصى، أو قرار) . ومن خلال هذا التوتر الذى نختبره قبل حدوث المواقف نهىء أنفسنا ونحاول أن نتسلح بما يمكن التسلح به من خبرة أو معرفة لمواجهة هذه المواقف بنجاح . وإذا أتيج لنا أن ننجح فى هذه المواقف (فنؤدى مثلاً أداءً جيد فى الامتحان، أو أن نتغلب على خجلنا وعوامل ضعفنا فى اللقاءات الشخصية الهامة تاركين أثراً طيباً وإيجابياً فى الآخرين) ، فإننا سنشعر بالعرفان والشكر لمشاعر القلق السابقة لمساهمتها فى دفعنا الإيجابى نحو النجاح .

يصور هذا الموقف (أو المواقف) السابقة نموذجاً طيباً لما يسمى بالقلق الدافع والحميد . وهو قلق ضرورى للنمو، وللتطور بإمكانياتنا نحو تحقيق كثير من الغايات الإيجابية، وهو قلق مؤقت، وقليل الحدة، ومنشط لإمكانيات الكائن النفسى والعضوية . بعبارة أخرى، فإن هذا نوع صحى ومحمود من القلق، وينطبق عليه قول العالم النفسى الأمريكى «كاتل» بعد عرض كثير من نتائج بحوثه فى هذ الميدان :

«بعض الناس يربط دائماً بين القلق والمرض . لكن القلق لا يكون دائماً دليلاً على المرض والعصاب . إن القلق يمكن أن يوجد وبدرجة عالية دون عصاب . بل اننى أجد من نتائج دراساتى ما يؤكد أن وجود القلق قد يكون أحياناً علامة على الصحة والنضوج» .

لكن القلق فى أحيان كثيرة قد يكون أشد حدة من المواقف التى تثيره ولهذا نجد من العلماء من يصف القلق بأنه جرس إنذار، ولكن أثره أضر وأخطر من الحريق الذى ينذر عنه . خذ على سبيل المثال نموذج الطالب الذى يملكه القلق فى يوم الامتحان بصورة توقفه عن إداء الامتحان ذاته وبالهروب من الموقف كله، أو ذلك الزوج الذى يملكه الخوف من الضعف الجنىسى عند معاشرته لزوجته بصورة قد تؤدى إلى إصابته بالعنة الجنىسية، أو تلك الزوجة الصغيرة التى يتزايد خوفها من الرجال وعدم العفه لدرجة تمنعها من التوافق الجنىسى السليم مع شريك حياتها، أو تلك الأم التى تخشى على أبنائها من أخطار الحياة لدرجة توقف نموهم وتفاعلهم الإيجابى بالحياة بحب فح وحرص مبالغ، أو هذا الطفل الذى يوقفه خوف الانفصال من الأسرة عن الذهاب إلى المدرسة بالمرض أو التمارض كل صباح . وقد عايدتنى مرة سيدة ملكها الخوف من الكلاب ثم كل الحيوانات فيما بعد لدرجة عاقتها عن أداء وحياتها الأسرية والشخصية الضرورية، ومنعتها م الخروج من منزلها للتسوق أو التزاور.

فى كل مثال من هذه الأمثلة تتمثل صورة مختلفة لما يمكن أن نسميه بالقلق المرضى أو العصابى . وهو الذى يمثل الشكوى الرئيسية للغالبية العظمى من الناس عندما يتجهون لطلب العون النفسى، وهو يمثل درجة مبالغ فيها من الانفعال بالأشياء لدرجة تعوق ولا تيسر الحياة البشرية، وهو أيضاً أنواع.

القلق العصابى

كلمة عصاب (Neurosis) مصطلح جرى على استخدامه علماء النفس والأطباء النفسىون لوصف طائفة من الأمراض النفسية التى يتميز أصحابها بالانفعال الشديد، وعدم الاستقرار النفسى، والتقلب الانفعالى . وتسيطر على العصابيين عادة أعراض مرضية متنوعة منها الخوف، والقلق، والأحزان النفسية (الاكتئاب)، والوساوس الفكرية.

ويمثل القلق العصابي الطائفة الرئيسية من العصاب. ويعتبر أيضاً سمة رئيسية في معظم الاضطرابات العصابية الأخرى. فنحن نجد القلق مستقلاً كخاصية رئيسية في الشخصية، ونجده مرافقاً لكثير من الاضطرابات الانفعالية الأخرى كالخوف والوساوس والاكتئاب. والقلق العصابي هو انفعال شديد بمواقف وأشياء لا تستدعي بالضرورة الانزعاج. والشخص في حالات القلق العصابي يجد حياته الوجدانية والفكرية والاجتماعية نهبا لهذا الشعور بحيث قد يجد الشخص نفسه عاجزاً عن الحركة الإيجابية والتفاعل العادي بالحياة.

والقلق العصابي يفقد الخاصية الإيجابية للقلق من حيث هو قوة إعداد وتهيو لمواجهة أزمت الحياة وتحدياتها بل وقد يتدخل في تشويه نفس الغاية التي يهدف إليها فيكبلنا بالقيود بدلاً من أن ييسر التعامل مع الأزمت والأخطار، مما يزيد من تعرض الشخص للموقف المهدد. وربما صادفنا كثيراً من الحالات التي يتدخل القلق خلالها في الموقف بصورة سيئة. فالشخص الذي يؤدي به القلق إلى التلعثم المتتالي في الموقف الاجتماعي يجد نفسه ضحية لقلقه بصورة لا يحسد عليها. ونعلم أيضاً أن هناك بعض الأشخاص ممن «يتجمد» في مواجهة الخطر بدلاً من أن يستعد أو يتهيأ للاستجابات الملائمة.

ويأتى القلق العصابي بأشكال متعددة بحسب شدته وضراوته فيكون إما حالة انفعالية شديدة، أو يتزايد لدرجة أن يستجيب الجسم بالقشعريرة والرعدة، وتوتر عضلات الجسم. أو يتحول في الحالات المتطرفة إلى نوبة حادة من الانزعاج والذعر Panic. فالذعر درجة أشد من درجات القلق.

وإذا كانت أنواع القلق العصابي تتفاوت بحسب الشدة فإنها تتفاوت أيضاً من حيث استمرارها. فقد يجيء مفاجئاً وسريعاً (كما في حالات الذعر)، أو يجيء بطيئاً وعلى فترات ممتدة. ويستمر أحياناً فترات قصيرة، أو قد يبقى فترات طويلة إلى أن يتحول إلى حالة دائمة وإلى سمة

مستقرة من سمات الشخصية. إلا أن نوبة القلق الشديد أو موجة الذعر عادة ما لا تبقى أكثر من نصف ساعة فيما تبين البحوث (Marks, 1980) ولا لنفق الإنسان ضحية له.

ويسمى القلق العصائى موقفياً إذا ما أثارته مواقف خاصة محددة كما فى حالات المخاوف المرضية. ويسمى قلقاً تلقائياً إذا شعرنا به دون اعتباره لأى عوامل خارجية معروفة. أما إذا ثار القلق لمجرد التفكير فى موقف مخيف سيحدث فهنا نسميه قلقاً استباقياً لأنه يستبق الأحداث ويهدد الكائن بأشياء غير موجودة الآن ولم تحدث بعد.

وهنا ما يسمى بقلق السمة Trait Anxiety عندما يتحول عند بعض الأشخاص إلى خاصية دائمة فيسهل علينا التعرف عليهم بسبب انزعاجاتهم السريعة، وتوجسهم الدائم وانفعالاتهم المتطرفة، وشغفهم الشديد بالبحث عن جوانب التعاسة والشقاء.

هذه أنواع من القلق، أردنا من عرضها، أن نضع أمام القارئ صورة حديثة من صور التصنيف العلمى لما نسميه بالقلق العصائى. إلا أن الممارسة العملية تبين لنا أن هذه التصنيفات قد تترك أكثر مما تفيد. فالقلق، وتحت أى اسم أو شعار هو إنفعال مسرف فى حدته، يملك على الإنسان مشاعره وتفكيره واستجاباته العضوية فيصيبها بالإضطراب والتوتر.

ولم أجد شخصياً، من بين كل الحالات التى صادفتنى أى اختلاف فى المشاعر أو تغيرات فى السلوك عندما تملك الإنسان حالة من حالات القلق سواء كان استباقياً أو تلقائياً أم موقفياً. وتؤيد بحوث علم النفس هذه الحقيقة. إذ هناك ما يثبت أن الأشخاص الذين تملكهم مخاوف متباينة كالخوف الاجتماعى أو الخوف من الأماكن المرتفعة أو من الحيوانات عادة ما يعبرون عن مشاعر وانفعالات متماثلة عندما يختبرون القلق بمذاقاته المتباينة.

لهذا فإن السؤال كيف نتعرف على القلق يعتبر أهم من السؤال كيف نتعرف على أنواعه وتبايناته.

التعرف على القلق :

أقبل إلى شاب في الثالثة والثلاثين من العمر يعمل مهندساً بإحدى الشركات الخليجية المعروفة - يبدو على وجهه الأسمر الشحوب والتعب، تحيط بعينه هالات سوداء وبعض التجمعات الخفيفة في المناطق المحيطة بعينه. كان من الواضح أن هذه التجمعات ليست من تأثير التقدم بالعمر بقدر ما كانت نتيجة للحالة النفسية التي تتملكه. بدأ حديثه قائلاً: إنني لأنام، وأظل طول الليل أتقلب في سريري.. وعندما يأتي الصباح أجد صداعاً حاداً وطنيناً من أثر إرهاق الليل والسهر.. وما أن يمتد اليوم قليلاً حتى يتزايد التعب والإعياء لدرجة أنني قد أنام على مكتبي. واستطرد يقول إنني لا أدري ماذا ألم بي يادكتور.. أشعر بالاختناق وضيق التنفس طوال الوقت. وقد ذهبت إلى المستشفى خوفاً من أن يكون في قلبي مرض - إلا أن الدكتور هناك أبلغني بأن قلبي لا بأس به وأن مشكلتي نفسية خالصة، وإنها ستتحسن بمرور الزمن ونصحتني بأجازة.. ولكن حالتي لازالت كما هي وأخاف أن أخذ إجازة لأنني لا أعرف كيف سأقضيها ؟ ومع من ؟.

كان واضحاً أن الشاب يعاني من حالة قلق شديدة بدأت أثارها تشمل الجسم (شعور بالاختناق وضيق تنفس) فضلاً عن الاحساس نفسه: اضطراب وخوف غير محدود المصدر، وقد بدأ ذعره يتزايد مؤخراً.

وبعد محاولة تشجيعية للبحث عن الظروف الاجتماعية التي أحاطت به حديثاً تبين أنه أعزب وانتقل للعمل في إحدى الدول العربية التي تم لنا لقاءه فيها، وأنه كان قد تعرف في إحدى زيارته لمصر بفتاة أسرع بخطوبتها واتفق معها على أن يتم الزواج خلال زيارته القادمة. ولكنه تلقى منها رسالة تفيد برغبتها في إنهاء الخطوبة. لقد أوضح أنه استلم الرسالة في عمله وما أن عرف محتواها حتى أصبح كالتائه. وعندما انصرف من

العمل، وأوى إلى مخدعه كان من الصعب عليه أن يسترخى أو ينام، وقام في منتصف الليل وهو يعاني من دوام شديد ورغبة في القيء، وأخذ العرق البارد يتصبب منه. كان قلبه يدق في عنف، ووجد صعوبة في التنفس العميق. وأخذ جزعه يتزايد متحولاً إلى ارتعاشات في الجسم والأطراف. وتذكر أنه فكر: ها أنا ذا وحيد وضائع. وتذكر أيضاً مشاعره هذه الليلة كانت خليطاً من الغضب والحق، والشعور بالامتهان، والخوف من مواجهة الأهل والأصحاب. وأضاف وهو يسرد لنا أعراضه ومخاوفه.. لقد فكرت في اليوم التالي أن أذهب إلى المستشفى، لكنني كنت أعلم أنني تحت رحمة نوبة من القلق الشديد الحاد. وها أنا ذا هنا وبعد أن مضى على هذا الحادث أكثر من ستة شهور وبالرغم من أنني أعرف أن تصرفي أحمق.. ولكنه أمر ليس في استطاعتي أن أتجنبه.

ذكرنا هذه الحالة لأن الأعراض فيها تعتبر نموذجاً فريداً للتغيرات التي تصيب الناس في حالات القلق والذعر. وهي من الواضح تغيرات تمس الأركان الرئيسية الثلاثة لشخصية الإنسان أي الجانب العضوى - العضلى، وجانب الوجدان أو الاحساس أو الشعور، ثم جانب التفكير.

فمن الناحية العضوية العضلية تحدث في حالة القلق تغيرات غير سارة يرى العلماء أنها نتيجة للاستثارة الشديدة التي تحدث فيما يسمى بالجهاز العصبى السمبتاوى (الاستثارى). وهو أحد الأجهزة الرئيسية التي تنشط في مواقف الخطر والانفعال، ويؤدي نشاطها إلى التأثير في الأعضاء المتصلة به، فتجحظ العيون أو تضيق، وتعرق الأيدي أو تبرد أطرافها، وتزيد دقات القلب وتتسارع، وتنقبض الأوعية الدموية، وتستثار بعض الغدد كالغدد الدرقية في حالات الحزن.. الخ.

ونجد في حالات القلق أن التغيرات العضوية تمتد لتشمل: تسارع دقات القلب، جفاف الفم، الدوخة، العرق الشديد، الغصة وانحباس الصوت أحياناً، الغثيان نتيجة لانقباض المعدة، التشنج في اليدين والقدمين،

صعوبات التنفس والتي تكون إما على شكل العجز عن التنفس العميق، أو التنفس السريع والمتلاحق.. وقد يجد الشخص نفسه في حالات القلق مشرفاً على النهاوى أو الإغماء. وتحدث أيضاً تغيرات عضوية عضلية لعل من أهمها تصلب عضلات الظهر والرقبة، والتصلب على امتداد عضلات الذراعين حتى أسفل الكتفين، وارتعاشات الأطراف والأصابع، وزيادة اللوازم الحركية فى الوجه وبالذات فى منطقة الفم أو العينين نتيجة للتوتر العضلى الشديد فى هاتين المنطقتين. ولهذا نجد أن كثيراً من المصابين بالقلق عادة مايشكون من توترات العضلات، وآلام الظهر وتقلبات المعدة ومايصحب ذلك من اضطرابات الهضم.

وعادة مايرتبط التعبير عن القلق بآلام الصدر وضيق التنفس مما يجعل الشخص يشك فى الأمراض القلبية بالرغم من سلامة القلب. إلا أن هناك مايبين أن الأشخاص الذين يتسم سلوكهم بالقلق المستمر والشكوى عادة مايتعرضون فيما بعد لأمراض قلبية حقيقية، وترتفع لديهم أيضاً الحالات المرضية المرتبطة بارتفاع ضغط الدم.

من الناحية الوجدانية يكون الانفعال الغالب هو الخوف والتوجس. وليس من المعروف ما إذا كان الخوف هو الذى يؤدي إلى التغيرات العضوية التى تحدثنا عنها توا، أو أنه نتيجة لها. ومن رأينا أن الخوف يدفع لإثارة التغيرات العضوية التى ما إن تحدث حتى يتزايد الخوف نتيجة لإضطراب هذه الوظائف والعجز عن التحكم فيها وضبطها ضبطاً ناجحاً. فضيق التنفس مثلاً بالرغم من أنه قد يكون نتيجة مباشرة للشعور بالقلق، قد يزيد من حدة القلق أكثر فأكثر بسبب خوف الشخص من الموت نتيجة للعجز عن التنفس. ولهذا فإن العلاج الناجح هو الذى يركز على التعديل من الجانبين فى نفس الآن، وهو الذى يتطلب فى أحيان كثيرة تعاوناً شديداً بين الطبيب البشرى والمعالج النفسى.

والسمات الغالبة في تفكير الشخص القلق تتخذ مظاهر منها: التوقعات السلبية للمستقبل، فالشخص في حالات القلق نجده يتوقع الشر ويتصيد الدلائل الواهية على وقوع الكوارث والمصائب ولهذا نجد العالم الأمريكى المعاصر «البرت اليس» يصف تفكير القلقين بأنه من النوع الكوارثى Catastrophic. وقد عرفت من قبل معيداً بإحدى الجامعات المصرية يحول كل شيء إلى كارثة.. فكان لايسر إذا نجح، أما إذا فشل فى شيء ولو صغير فقد كان هذا يتعادل فى ذهنه مع نهاية العالم. وقد سألته مرة مستغرباً عن سبب شعوره بالانزعاج والظهور بمظهر الضيق حتى عندما تكون حياته على مايرام وناجحة فقال إننى أؤمن بأننى إذا فرحت فإن الأمور ستقلب منقلباً سيئاً. وقد عودت نفسى - هكذا كان يستمر قائلاً- بأن أغالب التعبير عن مشاعر السعادة والسرور خوفاً مما سيحمله المستقبل من أخبار سيئة.

وماقاله لى هذا المعيد منذ عشرين عاماً لازال فى تصورى يعكس بصدق إحدى الخصائص الهامة فى التفكير العصابى. ففضلاً عن توقع الشر، نجد أيضاً أفكاراً ووساوس مستمرة تدور حول امكانية الضرر المادى أو البدنى أو النفسى. وهو تفكير أحرق غير عقلانى أى أنه يخلو من التفكير المنطقى والاستنتاج السليم، فنحن لانعرف أى دليل يؤكد أن الإنسان إذا تفاعل أو إذا كافته الحياة بنجاح فى موقف فإن هذا سيعنى أن مصيبة ستحدث فى جوانب أخرى من حياته بسبب هذا السرور.. كما كان هذا المعيد يعتقد خاطئاً.

ومن مظاهر الاستنتاج غير السليم فى تفكير القلقين مايسمى بالتعميم المتعسف.

فالخوف من بعض الحيوانات أثر خبرة سيئة يمتد ليشمل كل الحيوانات التى بينها وبين الحيوان الأسمى صلة تشابه قريب أو بعيد.

والطفل الذى ينشأ فى جو أسرى قائم على التخويف والإرهاب يمتد خوفه لا من الأب وحده بل ليشمل المدرسين، والمسنيين، وكل المواقف التى تنطوى على علاقات بالسلطة.

والتلميذ الذى يوقعه الحظ السيئ بين يدي أحد المدرسين ممن يكثرون من النقد والتوبيخ المستمر سيمتد قلقه ليشمل كثيراً من المواقف الاجتماعية التى تحتاج لقدرة على حرية التعبير والانطلاق.

وقد يمتد التعميم أحياناً لا ليشمل طائفة محددة من المنبهات المثيرة للخوف، بل قد يتسع ليشمل كل الظروف المكانية أو الزمانية التى حدثت مصاحبة للخبرة الأصلية المثيرة للقلق. فقد راجعتنى سيدة أمريكية (خلال عملي بالعلاج النفسى فى الولايات المتحدة) تطور لديها خوف شديد من الكلاب، وانتشر لديها الخوف بعد ذلك ليشمل المنطقة السكنية بكاملها، فبدأت تخاف من السير وحيدة فى المنطقة السكنية المحيطة بها. وبدأت أيضاً تخشى الليل والظلام حتى امتنعت نهائياً عن الخروج من المنزل بعد حلول الظلام. لقد تطور خوفها لا ليشمل طائفة الكلاب والحيوانات الفرائية بل أصبح خوفاً يشمل الظلام والوحدة والمنطقة السكنية.. الخ. ولهذا فقد اشتملت خططنا العلاجية لها فضلاً عن تعويدها التدريجى على مشهد الكلاب متخيلة، ثم مصورة، ثم التشجيع على الاحتكاك المباشر بها من خلال الشجيع والاسترخاء، اشتملت خططنا العلاجية لها فضلاً عن ذلك على خطة لتكشف الأفكار اللامنتطقية التى بنتها عن نفسها وعن العالم من خلال هذه الخبرة ثم الدحض التدريجى من جانبنا لخطأ التعميم المتعسف والاستنتاجات اللامنتطقية التى بنتها المريضة عن نفسها وعن العالم تحت تأثير حالاتها الشديدة من القلق.

ولا نعنى بسرد هذه القائمة من الأعراض العضوية والتغيرات

النفسية والخصائص الفكرية التي تميز القلق وترتبط به أن نقرر بأن كل هذه الأعراض تأتي متجمعة مع كل أنواع القلق. صحيح - فيما أوضحنا من قبل إن المشاعر التي تمتلك القلقين واحدة مهما تعددت مصادر قلقهم، إلا أن التزايد الشديد في حدة القلق في نوع من أنواعه عادة ما لا يكون مصحوباً بكل الأعراض الفسيولوجية وإنما بجزء منها خاصة توترات المعدة المصحوبة بمشاعر استثارة. أما القلق الشديد ونوبات الذعر فعادة ما تلتقي فيهما كل التغيرات العضوية مثل ارتفاع ضغط الدم، وزيادة نشاطات الغدد والتوترات العضلية والرعدة، وزيادة معدل التنفس ونشاط دقات القلب.. الخ. فضلاً عن الأعراض الفكرية والوجدانية كالتعميم المتطرف، والمبالغات الزائدة التي تؤدي إلى استنتاجات «كوارثية».. الخ.

والخلاصة :

القلق حالة وجدانية غير سارة تتسم بالخوف والتوجس وتوقع الأخطار والكوارث. وليس بالضرورة أن تكون هذه الأخطار حقيقية بل يكفي أن يراها الفرد كذلك. والقلق خبرة بشرية عامة عانى ويعانى منها كل فرد دون استثناء. وما يميز المرضى بالقلق عن الأفراد العاديين هو أن المرضى يختبرون مواقف القلق في غالبية الوقت، ويختبرونه بدرجات أشد من الآخرين. وبالرغم من أن بعض الناس قد يتصور دائماً أن القلق علامة على المرض فإن هذا غير صحيح لأن حالات من القلق المحمود الذي يدفع الإنسان للنشاط ولإعداد للمستقبل ومواجهة الأخطار الفعلية. ومثل هذا النوع من القلق يختلف عن القلق العصائى أى القلق المرضى وهو قلق حاد.. متواتر ومعتل لامكانيات الإنسان عن النمو. وللتعرف على القلق العصائى يجب أن نلاحظ التغيرات أو الأعراض في ثلاث فئات رئيسية من السلوك هى النواحي العضوية، والنواحي الشعورية أو الوجدانية

والنواحي الفكرية . ففي حالات القلق تحدث تغيرات عضوية غير سارة بعضها داخلي يرتبط بتوترات المعدة، وضغط الدم، وزيادة الإفرازات الهرمونية، وبعضها خارجي (يرتبط بالتوترات العضلية، والوجه وزيادة اللوازم الحركية والرعدة) . وتكون هذه التغيرات العضوية إما نتيجة أو سبباً في استثارة مشاعر وجدانية وفكرية محورها الانشغال الشديد، والاستثارة السريعة، والخوف، وانتشار الأحلام المزعجة، والإرهاق السريع، وتوقع المصائب، وتعميم الخبرات السيئة على مواقف لاتقسم بالضرورة بالسوء .

الفصل الثانى

مجتمعات انسانية عرفت القلق

- * هل حقاً نحن فى عصر القلق ؟
- * القلق عبر التاريخ البشرى .
- * هل وصف الأقدمون القلق واختبروه ؟
- * القلق والعصاب والمخاوف المرضية عبر المجتمعات الإنسانية .
- * القلق عبر المجتمعات العربية .
- * نماذج من القلق فى مصر ، الكويت ، والسعودية وليبيا .

يحلّو لكثير من الفلاسفة المعاصرين، وشعراء هذا العصر وأدبائه أن يصفوا عصرنا هذا أنه عصر القلق. لكن الحقائق التاريخية تبين لنا أن القلق شعور قد عرفه الأقدمون كما عرفناه. كذلك أختبر الأقدمون المخاوف المرضية وعانوا منها كما نعانى نحن.

فمفهوم القلق إذن ليس جديداً من صنع علماء النفس المعاصرين. وما يرتبط بالقلق من مفاهيم كالجزع والخوف والهم والتوجس أشياء سادت أفكار الناس وسيطرت على مشاعرهم فى مختلف عصورهم الحضارية. وحاولوا - مثلنا - أن يفسروها، وحاولوا - مثلنا - أن يجدوا طريقاً لعلاجها. ويؤكد لنا علماء التاريخ - مثلاً - أن فكرة الخلود التى ملكت عقول الفراعنة ودفعتهم لبناء الأهرامات الشامخة والمعابد المهيبة قد قامت على هذا الشعور الأبدى بالقلق من الموت والخوف من الفناء.

فأبيقراط الحكيم (٤٦٠ - ٣٧٧ ق.م) يحدث اليونانيين القدامى عن أحد أنواع القلق حديث العارف فوصف لهم حالة رجل تملكه الخوف من الأماكن المرتفعة لدرجة أعجزته عن السير فوق الكبارى المرتفعة، أو حتى الوقوف على الصخور البارزة فوق سطح الأرض.

وفى العصور الوسطى نجد الفيلسوف العربى «علاء بن حزم القرطبى»، يؤكد أن القلق حقيقة أبدية، ويعامله - كعلماء النفس المعاصرين - على أنه شرط أساسى من شروط الوجود الإنسانى.

ويبدو أن العرب لم يكتفوا بوصف القلق وشرحه، بل اهتموا أيضاً بعلاجه كما كانت تعالج الهموم والمشكلات النفسية الأخرى بالطرق الطبية المعروفة لهم آنذاك. وقد تفوق الطبيب الفيلسوف «ابن سينا» على غيره من الأطباء فى الشرق والغرب عندما تنبه إلى ما يتركه القلق والانفعالات على الجسم ووظائفه من تغيرات.

ولفخر الدين الرازى محاولات مماثلة لتعريف القلق ووصفه وما يتركه من آثار على النفس والسلوك ضمنها فى كثير من كتبه خاصة كتابه المعروف «المباحث الشرقية فى علم الآلهيات والطبيعات» (الرازى ١٩٦٦، الجزءان: الأول والثانى). صحيح أن الرازى لم يستخدم مفهوم القلق كما تستخدمه الآن بالضبط، لكنه يحدثنا عن أحد الانفعالات المرتبطة إرتباطاً رئيسياً بالقلق وهو الخوف. ويعرف الخوف تعريفاً لا يختلف عن غيره فى الكتب الحديثة. انظر إلى مايقوله الرازى فى تعريفه للخوف :

«إنه متى ظن (الإنسان) أن أمراً مضرّاً يحدث فى المستقبل، فإنه تتبع هذا الظن حالة تسمى خوفاً»

وعندما يصف الرازى مايسمى «بضعف القلب» تشتم من حديثه شيئاً مماثلاً عما نعرفه عن القلق، خاصة عندما يدرك أن ضعف القلب «حالة بالقياس إلى الأمر الخوف من جهة قلة احتمال»، وأن من لوازم ضعف القلب أنه «يحرك (الإنسان) إلى الهرب». وفى هذا الوصف لهذا الجانب من القلق وما يتركه من رغبة فى الهروب من الموقف المخوف نرى صلة قوية بتعريف علماء النفس المعاصرين للقلق على أنه يعد الإنسان لمواجهة المخاطر بالهروب منها أو الهجوم عليها.

وفى سنة ١٦٣١م صدر كتاب «تحليل الحداد» لبيرتون فى أوروبا Burton وفيه تحدث عن القلق بإسهاب ووصفه كما يصفه علماء النفس المرضى المعاصرين من حيث ما يتركه من آثار على النفس والبدن فيقول :

«كثيرة الآثار المؤلمة التى يتركها (القلق) على الإنسان بما فى ذلك الشحوب، أو احمرار البشرة، والرجفة والعرق، وكثيرة آلام هؤلاء الذين يعيشون فى خوف... إنهم لا يستطيعون أبداً أن يتحرروا أو أن يشعروا بالأمن، عزائمهم خاوية، وآلامهم قاسية، وحياتهم تملو من البهجة.. ولم أجد تعاسة

أعظم ولا ألماً أضرى، ولا عذاباً أقسى من العذاب الذى يحتويه».

وقد كتب «بيرتون، فضلاً عن هذا الوصف الدقيق عن كثير من الحالات التى عانت من آثار هذا الاضطراب :

«فهناك من لا يستطيع أن يسير وحيداً خارج المنزل خوفاً من السقوط أو الموت. وهناك من يخاف أى إنسان يلتقى به خوفاً من أن يسلبه ماله أو يوقع به الأذى. وهناك من لا يجرو على التجول بمفرده خوفاً من أنه سيلتقى بالشیطان أو بمجنون، أو لص. وهناك من يخشى أن يعلو بصوته فى لقاء عام، أو احتفال خوفاً من أن يكون قوله نابياً، أو تافهاً، أو خارجاً عن المألوف. وهناك من لا يجرو على البقاء فى حجرة موصدة دون أن يشعر بالاختناق أو الغثيان».

كذلك يكشف لنا تاريخ الطب النفسى عن حقائق تبين لنا أن القلق لم يميز بين العظماء والصعاليك. وهناك ما يثبت أن حياة كثير من العظماء والمشاهير لم تنج من مشاعر القلق وضراوته. فالقيصر أغسطس "August" كان يجزع من الظلام ولم يكن يجرو على البقاء فى مكان مظلم بمفرده. وعانى كثير من أفراد أسرته القياصرة من بعده من حالات كثيرة تشبه المخاوف المرضية الشديدة وتقترب من العصاب والجنون، مثل «كاليجولا»، و«نيرون»، و«Nero»، و«كلوديوس». وكان هذا الأخير يتلثم ويتهته عندما يتحدث مع الآخرين أو عندما يخطب فى الرومانيين. وهناك أيضاً الملك «جيمس الأول» الذى كان يجزع من رؤية السيوف إذا شهرت لدرجة أن معاصريه كان يعلقون عليه فيما بينهم مازحين «لقد أصبحت اليزابث (زوجة الملك جيمس الأول) هى الملك، وتحول جيمس الأول إلى ملكة».

ويسجل لنا رونالد فييف (Fieve) - وهو طبيب نفسى معاصر معروف بسبب اكتشافه لعقار الليثيوم Lithium المعروف بتأثيره الإيجابى فى علاج حالات التقلب الانفعالى - يسجل لنا أن الرئيس الأمريكى

«تيودور روزفلت» كان فضلاً عن إصابته بمرض الهوس والاكتئاب يعاني من حالات شديدة من القلق لا ينام إلا لماماً، ويغرق نفسه في اتصالات هاتفية دائمة، وكتابات تافهة مستمرة.. كان يبدو أنها محاولة منه لتجنب مشاعر القلق الحادة والاكتئاب المتأصل فيه منذ الصبا.

وبالمثل يبين تاريخ الأدباء والفنانين شيئاً مشابهاً. فالكاتب الإيطالي «مانزوني» كان يخاف أن يغادر منزله بمفرده خوفاً من الإغماء، ولهذا كان يحمل معه زجاجة «خل» صغيرة يتنقل بها إذا ما كانت هناك ضرورة لخروجه. ومن المعروف عن الشاعر العربي «إبن الرومي» أنه كان مسرفاً في تشاؤمه وتخوفه لدرجة أنه كان يرفض أن يخرج من داره إذا ماتلمس أى علامة من علامات التطير وكان فى ذلك مسرفاً ومبالغاً لدرجة المرض. ويصف لنا طه حسين أن أبا العلاء المعرى قد سجن نفسه فى منزله هروياً من الناس لدرجة أنه يصفه بأنه سجين المحبس: العمى البصرى، والخوف من الناس. ويبدو لنا أن أبا العلاء المعرى كان يعاني بلغة علم النفس الحديث - من حالة قلق إجتماعى شبيهة بما يسمى بالخوف الاجتماعى - Social Phobia - تظهر فى هذا البيت الشعرى الذى كتبه أبو العلاء وهو تحت تأثير هذا الخوف :

عوى الذئب فاستأنست بالذئب إذ عوى، وصوت إنسان فكدت أطيّر

ومن أدباء مصر المعاصرين المعروفين الدكتور / يوسف إدريس (رحمه الله) الذى يوجد مايدل على أنه كان يمر بحالات كثيرة من القلق وبالذات مايسمى بقلق الأماكن المتسعة. يروى لنا إلان أموس (Amos) أنه إلتقى ذات مرة بالكاتب المصرى يوسف إدريس وخرج معه فى إحدى الأمسيات لزيارة إحدى الأحياء الشعبية بمدينة القاهرة بمناسبة إحدى الاحتفالات الدينية المعروفة: «وكان الطرق مزدحماً، ومكتظاً بالناس الذين وفدوا إلى المكان بسبب هذه المناسبة الدينية. وكانت سيارتنا تتحرك ببطء

شديد خلال الزحام، وفجأة انتابت «ادريس» نوبة حادة من نوبات الخوف من الأماكن الواسعة. وأخذ «ادريس» يصبح في ذعر طالباً الانصراف والعودة، والبعد عن الزحام.. كان يرجف ويكرر طالباً إنهاء هذه الزيارة، والبعد عن الحشد الذي كان لا يزال يتكاثر من حولنا».

ومن الغريب أن «سيجمند فرويد» الذي يعتبر من أكثر العلماء اهتماماً بوصف القلق وعلاجه، قد عانى أيضاً من أعراض القلق بما في ذلك الخوف الشديد من السفر عندما كان في الثلاثينات.

وذكر «نجيب محفوظ» أيضاً أنه عانى من الخوف من السفر. ولما اضطر للسفر إلى «اليمن» في سنة ١٩٦٢ إرضاءً للسلطة الحاكمة عاد وقد نقص وزنه ١٣ كيلو جراماً كاملة مما كان سيصيبه بالهزال ويهدد حياته بشكل كبير.

والخلاصة أن القلق يمكن أن نراه كما كان يراه الفيلسوف العربي «ابن حزم» على أنه حقيقة أبدية. وأنه حدث ويحدث في مختلف الأوقات والعصور، ويصف الناس على اختلاف ألوانهم ومذاهبهم. على أن البعض قد يتساءل عن ضرورة الاهتمام بشيء شائع كهذا. بعبارة أخرى قد يسأل البعض لماذا كان القلق شائعاً بهذا القدر فما هو وجه الضرورة في دراسته وما وجه الخطر فيه ؟

وأجابتنا على هذا السؤال أن انتشار القلق بين الناس لا يقلل من خطورته ولا يعنى القبول والرضا عنه إذا وجد. وسنرى فيما بعد الآثار المدمرة العميقة التي يتركها القلق على الشخصية وعلى المجتمع. وسنرى أن هذه الآثار كفيلة بأن تجعل من القلق موضوعاً هاماً للدراسة، وأن تجعل من محاولات العلماء والأطباء لاستكشاف السبل المناسبة للتخلص منه من أقدس المحاولات وأجلها.

وننتقل الآن إلى الوضع المعاصر للقلق .

القلق والعصاب والخاوف المرضية

عبر المجتمعات البشرية

تتفاوت المجتمعات الإنسانية المعاصرة فيما بينها من حيث درجة التصنيع والتمدن. وهناك زعم يشيع بين بعض علماء الاجتماع يرى أن المجتمعات الصناعية أكثر استهدافاً للقلق والاضطرابات الانفعالية من المجتمعات النامية بسبب ما يثيره التقدم الحضارى من ضغوط نفسية Stress. فهل هذا صحيح؟ هل حقيقة أن التقدم الحضارى والمادى يكون تربة خصبة لظهور القلق؟

إن نتائج البحوث التى أجراها العلماء الغربيون ونتائج البحوث فى الدول العربية تبين أن إجابة هذا السؤال لا تتفق مع الزعم الشائع الذى يرى أن القلق ظاهرة تختص بالمجتمعات الصناعية.

وتعتبر دراسة العالم الإنجليزى - الأمريكى المعروف «كانتل» وزملائه، من أهم الدراسات التى أجريت لمقارنة القلق بين ستة مجتمعات إنسانية تتفاوت فيما بينها من حيث مستوى التحضر والتقدم الصناعى هى: الولايات المتحدة، بريطانيا، فرنسا، إيطاليا، بولندا، والهند.

لقد كان من المتوقع أن يصل مستوى القلق فى المجتمعات الأنجلو أمريكية وعلى رأسها الولايات المتحدة وبريطانيا إلى أعلى درجاته وذلك انطلاقاً من التصور التقليدى بأن المجتمعات الغربية تتميز بالتنافس والنشاط الشديد والإيقاع السريع وبالتالي تعمل على إثارة القلق والتوتر. إلا أن النتائج سارت على عكس هذا التوقع، وترتبت المجتمعات الستة من حيث ارتفاع مستوى القلق على النحو الآتى: بولندا، الهند، إيطاليا، فرنسا، بريطانيا ثم الولايات المتحدة الأمريكية. أى أن بولندا كانت من أكثر المجتمعات الستة إرتفاعاً فى مستوى القلق وتلتها الهند، وأما الولايات المتحدة فكانت من أقلها. ولهذا نجد أن «كانتل» ينصح بأن ننظر للقلق والعصابية على أنهما :

(١) يتزايدان في المجتمعات النامية، والمجتمعات الفقيرة أكثر من المجتمعات المتقدمة بسبب الضغوط التي تخلقها ظروف التكيف لواقع إقتصادي قاسى .

(٢) أن المجتمعات التي تتجه فيها النظم الاجتماعية والسياسية نحو التسلط، تعمل على كف تلقائية الأفراد وتحد من نموهم النفسى والفردى، ويصحب ذلك شيوع فى المظاهر العصابية والتوتر النفسى والقلق .

(٣) يتزايد القلق فى المجتمعات التي يتجه أفرادها نحو الخضوع الشديد والمجاعة، ويتضاءل فى المجتمعات التي تشجع على المناقشة والتعبير الحر .

ونعتقد من جانبنا - أن هذه التفسيرات صحيحة بناءً على ماتجمع لنا من نتائج فى دراسة الشخصية فى المجتمعات العربية كما سنرى فيما يلى :

القلق عبر المجتمعات العربية

تعتبر المجتمعات العربية فى عرف أهل السياسة والاجتماع من المجتمعات النامية أى المجتمعات التي لم تبلغ بعد شأن المجتمعات الغربية من حيث التقدم المادى - الصناعى والتعقد الحضارى . وقد أشرنا إلى أن البعض قد يظن نتيجة لهذا أن القلق والاضطراب النفسى لا يشيعا فى الدول العربية بكثرة لبساطة هذه المجتمعات من ناحية ولأنها ليس فى مستوى التعقد الحضارى الغربى من ناحية أخرى . فهل هذا صحيح ؟ .

للإجابة بموضوعية عن هذا السؤال قمت شخصياً - خلال الزيارات المتعددة لكثير من بلدان الوطن العربى - بإجراء عدد من الدراسات عن شيوع القلق فى مصر، والسعودية، وليبيا، والكويت . وقد أمكن لى خلال هذه الدراسات من الإجابة على عدد متنوع من الأسئلة فى هذا الموضوع التى منها :

- هل نحن فعلاً أقل قلقاً وأقل تعرضاً للإضطرابات النفسية المرتبطة بالقلق؟

- ماهى أنواع القلق الشائعة بيننا؟ وماهى مصادر الإضطراب فىنا؟

- ماهى جوانب التشابه والاختلاف بيننا وبين غيرنا من المجتمعات الأخرى فيما يتعلق بمظاهر القلق وأشكاله؟

والى بعض نتائج هذه الدراسات فى المجتمعات العربية نوجه الآن انتباه القارىء.

فى مصر - مثلاً - تبين لنا فى دراسة مقارنة أجريناها على ثلاث مجموعات من الطلاب فى أمريكا وبريطانيا ومصر أن نسبة القلق ومستويات العصاب تزداد بين المصريين يتلوهم الأمريكيون ثم الإنجليز. بعبارة أخرى عبر أفراد العينة المصرية أكثر من أفراد العينتتين الإنجليزية والأمريكية عن علامات دالة على التقلب الانفعالى، والتطرف والانزعاج، فضلاً عن تزايد المشكلات المرتبطة بصعوبات فى النوم، والمعاناة من الأرق، وخفقان القلب، والتنميل والآلام العضلية.. وكلها مظاهر يراها العلماء معبرة عن القلق وتميز المصابين بالعصاب والتوتر.

وإذا كان القلق فى الدول الغربية كأمرىكا وبريطانيا يأخذ شكل الصراع الداخلى والتعبير عن مشاعر الضغط، والهروب إلى العقاقير والخمر، والعجز عن الحسم، والتوجس فإنه يظهر بين المصريين - كما بينت دراسة أخرى أجريناها فى مصر - بصورة مختلفة أى فى شكل: شكاوى جسمية، آلام فى المفاصل، وآلام فى الظهر، وخفقان فى القلب، والتعب السريع، وتنميل، وضيق التنفس.. بعبارة أخرى، فإن الشخص القلق فى مصر عادة ما يشكو - لو أتاحت له فرصة الذهاب إلى طبيب أو معالج - من الآلام والمظاهر الجسمية المرتبطة بالقلق.

ويوضح لنا «راك» أن الشكاوى الجسمية تكون هي الطابع الغالب على المرضى بالاكئاب والقلق في المجتمعات النامية كاليهند والباكستان وجنوب شرقى آسيا. ونتائج دراستنا المصرية تؤيد ذلك وتثبت أن المصرى- ربما بسبب عدم اتاحة الخدمات النفسية من جهة، والخجل من التعبير عن الاضطراب النفسى من جهة أخرى، سيتجنب الشكاوى ذات الطابع النفسى المرتبطة بالقلق مثل الخوف والذنب والتوجس، وسيكتفى بالتعبير عن الألم الجسماني بمظاهره المختلفة، كالصداع، وآلام الظهر أو المعدة.

وإذا صح ما يقال إن المخاوف العصابية تنتشر بنسبة تتراوح من ٣٠: ٣٥% من أفراد المجتمع فى الدول الصناعية، فإن دراستنا تبين أن انتشاره فى المجتمعات العربية يصل إلى نفس النسبة، أو أعلى عن ذلك بكثير فى بعض الأعراض المحددة. ويتأيد ذلك فى دراسة قمنا بها فى ليبيا عن إنتشار مظاهر القلق الاجتماعى كما يتمثل فى عدم الثقة بالنفس فى مواجهة الآخرين، أو الخوف من التعبير عن الانفعالات والحاجات النفسية عند التعامل مع أفراد المجتمع والأسرة، فتبين لنا أن مايقرب من ٥٣% من أفراد العينة الليبية عبر عن مشكلات متعلقة بإنخفاض الثقة بالنفس، وتأكيد الذات. وقد إزدادت هذه النسبة فى بعض المشكلات الفرعية، والتي منها :

- الاعتذار بكثرة. ٩٦%
- المحافظة على الهدوء بحثاً عن السلام. ٨٥%
- مداراة المشاعر الحقيقية فى مواقف الضيق بدلاً من التعبير عنها. ٧٥%
- وجود صعوبة فى بدء مناقشة أو حديث مع الغرباء. ٦٥%
- وجود صعوبة فى تأنيب مساعد أو شخص أقل منزلة. ٦٥%
- تجنب الأشخاص المحبين للسيطرة والتسلط. ٧٣%

- تجنب الشكوى من الخدمة السيئة في مطعم أو مكان عام. ٥٧٪

ودرسنا في العينة أيضاً عاملاً آخر بينت دراسات علماء النفس أنه شديد الصلة بالقلق وهو الخجل الاجتماعي بمظاهره الدالة على الانسحاب والخوف من التلقائية عند التعامل مع الناس. وبالرغم من أن شيوع الخجل في العينة الليبية كان أقل من شيوع القلق الاجتماعي في الدراسة السابقة، إلا أن النتائج في عمومها دلت على أن ما يقرب من ٤٥٪ فرداً من أفراد الدراسة عبر عن مشكلات متعلقة بالخجل. وقد ازدادت هذه النسبة في بعض المشكلات الفرعية الآتية :

- الشعور بالحرج عند تبادل الأحاديث مع الناس في اللقاءات العامة.

٦٥٪

- عدم الشعور بالراحة أو الهدوء عند الوجود وسط مجموعة كبيرة من الناس. ٦٠٪

- تجنب الانضمام لجماعة كبيرة من الناس تتحدث فيما بينها. ٥٤٪

- تجنب المواقف التي تستدعي اللقاء بالآخرين. ٥٤٪

- إختلاق الأعذار لتجنب فرص الإحتكاك بالآخرين أو الرحلات.

٥٠٪

أما في المملكة العربية السعودية فإن النتائج التي توصلت إليها بالتعاون مع الزميل الدكتور / عبدالله النافع فقد اعتمدت على دراسة (٣٨٠) طالباً جامعياً بجامعة الملك سعود بالرياض. كان هدفنا من هذه الدراسة أن نحدد أنواع المخاوف وحالات القلق والاكتئاب الشائعة بين طلاب هذه الجامعة، وإلى أي مدى يرتبط ظهور هذه الاضطرابات بالتغيرات الاجتماعية الشديدة التي يمر بها المجتمع السعودي. وتعطى النتائج صورة مماثلة لدراستنا المصرية والليبية: فمن ناحية الاضطرابات الدالة على القلق والعصابية عبر ٥٣٪ من أفراد العينة السعودية عن العجز

عن التركيز جيداً في موضوع واحد، وذكر ٥٣٪ منهم أنهم يعانون من الخجل، و٤٦٪ قالوا إن من الصعب عليهم المحافظة على الإنتباه في موضوع واحد دون التجول الفكري والسرхан، و٤٣٪ عانوا من الرعشة والإنتفاض عندما يستثيرهم أحد، بينما عبر ٣٥٪ عن مخاوف مرضية مرتبطة بالحيوانات، و٣٣٪ عن مشكلات ومخاوف متعلقة بالدراسة والمستقبل.

أما من ناحية الاكتئاب وهو من أحد الأعراض التي تصاحب في أحيان كثيرة حالات القلق فلم تختلف نتائج دراستنا للطلاب السعوديين عن نتائج الدراسات السعودية للمرضى السعوديين التي بينت أن حالات الاكتئاب تفوق مثيلاتها في الغرب. أما بين الطلاب فقد عبرت نسبة مرتفعة منهم عن لوم النفس عندما تسوء الأمور (٦٤٪)، وأنهم يشعرون بالعجز (٥٣٪)، وأن شهيتهم للطعام ضعيفة (٤٩٪)، وأن المجتمع لا يبالى بهم (٤٥٪)، وأن حياتهم لا تتأثر إهتمامهم (٤٣٪)، وأنهم يعانون من صعوبات متعلقة بالنوم (٣٨٪)، وأنهم فقدوا شعورهم ببهجة الحياة وملذاتها (٣٣٪).

وفي الكويت درس الباحثون مدى شيوع القلق، وعدم الاستقرار الانفعالي (غالي، ١٩٧٥م). وبينت هذه الدراسات أيضاً أن حظ الكويتيين لا يقل عن حظ غيرهم من أفراد المجتمع العربي من حيث شيوع المظاهر الدالة على القلق والتوتر النفسي. فقد إزداد شيوع العصاب بينهم أكثر من الإنجليز.

وتكشف المقارنة بين الذكور والإناث في المجتمعات العربية عن نتائج أخرى تثير الإهتمام وتستدعي ضرورة تنبهنها لمصادر الخطر. ففي كل الدراسات التي قمنا بها تبين دائماً أن الإناث أكثر تعرضاً للقلق والتوتر النفسي من الذكور. كما أنهن أكثر ميلاً لتطرف الانفعالات والتقلب الوجداني والاكتئاب من زملائهن من الذكور العرب. هذا الارتفاع الملحوظ

فى مستويات القلق بين الإناث العرب بالمقارنة بالذكور العرب وجدناه فى دراساتنا المصرية والليبية، ووجدته غالى فى العينات الكويتية، ووجدته أهلاوات (Ahlawat) فى الأردنّيات، فى مقارنة الأطفال الأردنيين الذكور بالإناث. ونتائجنا العربية فى هذا الصدد لا تختلف عن كثير من الدراسات العالمية الأخرى التى بينت أن الإناث دائماً يرتفعون عن الذكور فى مستويات التوتر النفسى والقلق، ربما نتيجة للتوتر البيئى والضغط الاجتماعى الشديد على المرأة بسبب الأدوار المختلفة ومتطلبات التوافق لواقع اجتماعى يتعارض مع التلقائية والتعبير عن المشاعر بحرية.

واغلاصة أن النتائج تبين فى عمومها أن القلق والتوترات النفسية ترتفع فى المجتمعات العربية أو تتعادل - فى أحسن الأحوال - مع درجة شيوعها فى المجتمعات الصناعية.

وتثبت أن هناك أنماطاً من القلق تنتشر أكثر من الأنماط الأخرى فى المجتمعات العربية. فالقلق فى مصر - يظهر فى شكل شكاوى جسمية وعضوية، والسمة الغالبة فى التعبير عن القلق فى ليبيا هى الخوف الاجتماعى والخل، أما فى الكويت فنجد ارتفاعاً عاماً فى مستوى العصابية. وتدل النتائج أيضاً على أن المرأة العربية تعاني أكثر من الرجل العربى من هذه الاضطرابات، ولو أن هذا لا يقلل من خطورة معاناة الرجل العربى من الضغوط النفسية بالمقارنة بغيره من الذكور فى المجتمعات الحضارية الصناعية.

إن مجتمعاتنا العربية تعيش فيما يبدو فى فترة حادة من فترات الشد بين تيارات متعارضة يدفع بعضها للمحافظة والتقبل لما هو سائد من القيم والاتجاهات، ويدفع بعضها الآخر للتطلع نحو النماذج الحضارية الغربية بتركيزها الشديد على الاستهلاك المادى والثروة. ومن شأن هذا الشد أن يستثير تطلعات متضاربة تثير فيما تثير كثيراً من جوانب القلق وعدم الاستقرار فى شخصيات أفراد هذا المجتمع.

ويمكن أيضاً القول إن العلاقات الاجتماعية في البلدان العربية تدفع للخضوع الشديد.. والمجاعة على المستويات الاجتماعية المختلفة بدءاً من الأسرة بتشجيعها على التقبل الأعمى لسلطة الأبوين، والمدرسة بتشجيعها للسلطة المدرسية، والعمل بتشجيعه على الخضوع للنظام الهرمي الذي يجلس على قمته مدير العمل أو الرئيس، وانتهاءً بالنظم الاجتماعية العامة التي تأخذ غالباً وضعا معارضا لحرية التعبير والتلقائية. ومن شأن هذه الضغوط وهذا التسلط أن يستثير كثيراً من جوانب الصراع النفسي والقلق.

ومهما كان السبب، فإن من الضروري مواجهة الاضطرابات النفسية وماتشيعه من نتائج سلبية بين الأفراد والنظم الاجتماعية في داخل هذا الوطن. فمن هذه النتائج يجب أن نقلق، ومن هذه النتائج يجب أن ننطلق بجدية نحو الإصلاح والتوجيه التربوي والصحي. وقلقنا من هذه النتائج مثال جيد للقلق المحمود الذي يدفع لمواجهة الخطر والتحفز الذكي والحكمة في مواجهة ما تطرحه الحياة من مشكلات وما تضعه أمامنا من قيود أو عراقيل.

الفصل الثالث

القلق وراثـة وصناعة

- * التهيؤ والاستعداد الوراثي للقلق .
- * صناعة القلق :
- * الشروط البيئية والتعلم الاجتماعي .
- * الأزمات الاجتماعية والصدمات الانفعالية .

في أحد المشاهد المعروفة يخاطب «ماكبيث» نفسه في مسرحية «شكسبير» التي تحمل نفس الاسم قائلاً :

«لماذا أنا مستسلم لهذا الإيحاء ذى الصورة المروعة التى تنصب منى شعر الرأس، وتجعل من قلبى الساكن يدق أضلعى دقاً على غير ما أعدته الطبيعة لذلك؟» .

نعم !! إن طبيعة شخصية «ماكبيث» الجريئة الغادرة والمغامرة لم تعده للخوف والقلق . ولكن الهزة الانفعالية والصدمة - التى تلت تأمره على مصرع دنكان "Duncan" - كانت من العنف بحيث لم تحتملها حتى هذه الشخصية التى «أعدتها الطبيعة لغير ذلك» .

ويعرف العلماء اليوم أن الخبرات الصدمية والضغوط النفسية والاجتماعية تشكل واحدة من المصادر الثلاثة الرئيسية الكفيلة بإثارة القلق، وتطور مخاوفنا الرئيسية فى الحياة .

ونعرف اليوم أيضاً أن الهزة الانفعالية قد تكون من العنف لدرجة تجعلها وحدها كفيلة بإكتساب بعض مخاوفنا الرئيسية .

لكن القلق حتى يتحول إلى طبيعة دائمة فى الشخصية يحدث عادة بسبب التقاء عناصر ثلاثة يحسن التعرف عليها قبل التقدم لمعالجة القلق أو الشفاء منه :

(١) الاستعداد الطبيعى والتهيؤ الوراثى للإصابة .

(٢) التعلم الاجتماعى .

(٣) الصدمات، أو الهزات الانفعالية التى تمر بالشخص .

وتبين هذه العوامل الثلاثة أنه لا يمكن الحكم على السلوك العصابى بأنه نتاج كامل للظروف الاجتماعية والبيئية الأسرية، كما أنه لا يمكن أن يكون بكامله نتاجاً كاملاً للشخصية والاستعدادات الموروثة . فلاشك أن

الإنسان يشكل طبيعته من خلال ما يمر به من مواقف وظروف إجتماعية، كما أنه يشكل رؤيته لهذه الظروف من خلال طبيعته وشخصيته. وجميعنا يعرف ويلاحظ أن كثيراً من الأشخاص قد يمرون بمواقف عصبية واحدة لكن استجاباتهم المباشرة أو الدائمة تتباين وتختلف باختلاف إدراكهم لهذه المواقف العصبية. فبعضهم ينفعل ويغضب، وبعضهم قد يهرب من هذه المواقف ومن كل المواقف المماثلة، وبعضهم قد يطور مرضاً جسدياً كلما لاح في الأفق ما يدل على وجود ظروف سيئة، وبعضهم قد يتخذ من هذه المواقف عظة وعبرة متنقلاً بشخصيته إلى درجة عالية من التكامل والتوافق. وأتاحت لي الظروف أن أشاهد عن قرب وأن أسمع من يقول لي أن هناك من تعرض لكثير من الأزمات الحادة ليخرج منها أكثر إصراراً على تحقيق ذاته والإندفاع في القضايا الهامة لمجتمعه، وهناك من خرج هذه الخبرة لاعنا نفسه، وناقما على مجتمعه ومتخذاً من السلبية والإنزواء أسلوباً لحياته. فالخبرة الواحدة تترك نتائج متعددة بحسب الأشخاص الذين يتعرضون عليها وبما طبعوا عليه من حساسية أو برود، وهدوء أو صخب، أو عقلانية في التفكير أو حماقة.

فالتعلم والانتعاض من الخبرات الاجتماعية المبكرة والراهنة يرتبط إذن ارتباطاً وثيقاً بالاستعدادات الشخصية. وننقق من جانبنا مع كثير من الباحثين والمعالجين النفسيين من أمثال «اليس» Ellis، و «فرويد» Freus، و«ماسلو» Maslow، و«أيزنك» Eysenck أن العصابي شخص مهياً للإستجابة العصبية أكثر من أن يكون مهياً للإستجابة العاقلة والمتزنة يصدد ما يواجهه من خبرات. وأنا لا أعنى هنا أن الشخص يرث بصورة آلية الأعراض النوعية لاضطرابه العصابي مثل الخوف من الظلام، أو القبول اللا إرادي، أو الخوف من السلطة، أو التشاؤم، والنزوع الأحق إلى الكمال والصواب الدائم، لا أعنى أن الإنسان يرث هذه الجوانب النوعية من القلق، وأنهم ولدوا بها، ولكننا نعنى أن الإنسان يولد باستعدادات انفعالية،

وحساسية زائدة واستثارة، تتحول إلى عصاب إذا ما تضافرت الأساليب الخاطئة من التعلم معها. فالطفل الذي يولد باستعداد وراثي للاستثارة والرهافة، سيسهل عليه أن يتبنى القلق والخوف من السلطة كنمط دائم في شخصيته إذا ما كان الأب من النوع الذى يعاقب، ويقسو ويشدد في فرض طريقه في التعلم والتأديب. وقد لا يصبح بالضرورة عصابياً وقلقاً إن كانت أساليب تنشئته وطرق تعامل والديه تتسم بالدفء، والتقبل، والمنطقية.

التهيؤ والاستعداد الوراثي في حالات القلق :

وللعالم الانجليزي «أيزنك» نظرية جيدة ومشوقة بهذا الصدد، وتوضح بالفعل أن القلق نتاج للتفاعل بين الاستعدادات الوراثية وما ينشأ عليها فيما بعد من خبرات وتعلم. يرى أيزنك أن القلق يعبر عن مزيج من الأنطواء والتوتر. (نظراً للتطابق الشديد بين الأنطواء وزيادة النشاط الاستثنائي «السمبثاوى» في الجهاز العصبي المركزي، فإننا سنستخدم المفهومين بالتبادل ولهذا فعندما نستخدم كلمة انطواء فإننا نعني الإشارة إلى زيادة النشاط الاستثنائي. ومن ثم فالأنطواء كما سنستخدمه هنا نقصد منه الإشارة إلى الخصائص المرتبطة بزيادة نشاط الجهاز العصبي المركزي والتوتر). بعبارة أخرى، إن تطور القلق في الشخصية لا بد أن يكون مصحوباً أو مسبوقاً بوجود درجة مرتفعة من الأنطواء.

وقد بين أيزنك بأدلة متنوعة أن الأنطواء في تصويره مفهوم يجمع بين خصائص وسمات شخصية من أهمها: حب التأمل، والميل إلى الوحدة، والحذر، والمسالمة، والهدوء، وعلاقات الأنطوائى بالناس محدود ولكنها تميل إلى العمق.. صداقاته غير واسعة وليست منتشرة ولكنها ضيقة وعميقة، ويميل إلى السلبية والتأمل والرهافة في الطبع، والتخطيط البعيد للمستقبل.

ومن الطريف أن «أيزنك» يثبت أن الأنطواء موروث، وقد بين من

خلال دراساته فى وظائف الأعضاء أن الأنطوائيين يرثون جهازاً عصبياً مستقلاً ذا درجة مرتفعة من الاستثارة. وإذا عرفنا أن الجهاز العصبى المستقل هو الذى يتولى القيام بتوجيه الوظائف المرتبطة بالهضم والتنفس ودقات القلب وإفرازات الغدد، وإذا عرفنا أن بعض الأجهزة العصبية لدى بعض الأفراد تكون من النوع السريع الاستثارة. لكان من السهل علينا أن نستنتج مع أيزنك أن الأنطوائيين هم من هذا النوع الذى يرث جهازاً عصبياً شديد الاستثارة. وهذه القابلية للاستثارة الشديدة فى الجهاز العصبى هى التى توجه الشخص إلى الاستجابة الانفعالية الحادة فى المواقف المعتادة، ومن مظاهر الاستثارة الشديدة فى الجهاز العصبى الزيادة فى نشاط الغدد العرقية، والزيادة فى دقات القلب، وانقباض الأوعية الدموية، وزيادة نشاط بعض الغدد الأخرى كالغدد الدرقية فى حالة الحزن، أو الغدتين «الأدرينالية»، و«البنكرياس»، اللتين تفرزان نتيجة لتلك الاستثارة كميات إضافية من هرموناتها مما يؤدى إلى ارتفاع نسبة السكر فى الدم، وبالتالي تتكون طاقة سريعة تهيب الجسم للحركة والعمل السريع. وتستثار أيضاً الرئتان فيكون التنفس سريعاً ومتلاحقاً، وتنقبض نتيجة للإستثارة العصبية الزائدة الأوعية الدموية فيرتفع ضغط الدم فيها.

وإذا كانت نظرية «أيزنك» صحيحة، فإننا نتوقع أن تكون الوظائف الفسيولوجية بالأنطوائيين هى من هذا النوع الذى سبق ذكره. وقد بينت الدراسات العلمية التى أجراها «أيزنك»، ومؤيدوه فى مناطق مختلفة من العالم أن كلامه صحيح. فقد تبين أن الأنطوائيين عادة ما تكون دقات قلوبهم أسرع من العاديين، وهم أيضاً أكثر استجابة بأغماض عيونهم كفعل منعكس عندما تتعرض العين لجسم غريب، وتزداد فى أيديهم كميات العرق أكثر من غيرهم.. وتدلل هذه النتائج على صحة فرضية أيزنك بأن الأنطواء ماهو إلا تعبير سلوكى عن النشاط العصبى الاستثنائى.

ولا يجب أن نفهم من ذلك أن كل زيادة في النشاطات الاستثنائية ستحول الشخص إلى إنسان عصابى أو قلق فالسمات والخصائص السابقة التى تميز الأنطوائيين ليست بالضرورة خصائص مرضية ومعتلة. فلا عيب أن يكون الشخص شديد الحساسية، ومسالمًا، وحذرًا، وميلاً للهدوء وضبط النفس والتأمل والوحدة والاستبطان. لا عيب على الإطلاق فى ذلك، بل على العكس يوجد فى العالم أناس كثيرون ممن بنوا شهرتهم ونجاحهم على أساس هذه الخصائص. فقد كان الفيلسوف الفرنسى «كانت» من هذا النوع، وكان «جبران خليل جبران» من النوع المتأمل والميال للوحدة، وأبو العلاء المعرى كان أيضاً من هذا النوع. وإذا سمحت لنفسى ببعض التأمل والاستنتاج فإننى أضم لهذه الطائفة، قائمة طويلة من العلماء والشعراء والساسة فى الشرق والغرب من المتشيعين لخصائص الانطوائية من أمثال- نجيب محفوظ، ويوسف إدريس، وإبن الرومى والمعرى، وشوقي و «بودلير» و «كيتس»..

هذه أمثلة تبين بوضوح أنه لا يمكن التعميم بوصف واحد على من يتسعون بتشابه فى استعداداتهم الوراثة، فليست كل زيادة فى النشاطات الإستثنائية ستتحول إلى قلق وعصاب. لأن هناك فئات ونماذج متنوعة من الأنطوائيين ممن يرثون أيضاً جهازاً عصبياً إستثنائياً نشطاً لكنهم يتسمون بصفات أبعد ما تكون عن المرض وأكثر مايكونوا قدرة على الهدوء وضبط النفس والإحساس بالمسؤولية.

ولانعى أيضاً أن كل إنطوائى سيتحول إلى شخص عصابى تتميز حياته بالقلق والمخاوف المنتشرة والصراع، لأن هذه الترجمة العصابية للإنطواء تحتاج لشروط بيئية وتعلم إجتماعى كما سنرى فيما يلى :

صناعة القلق

الشروط البيئية والتعلم الاجتماعي :

أن الاتجاه السائد الآن في تفسير الاتجاهات المختلفة التي ستتخذها الشخصية الانطوائية يعتمد على ما يحكم الشخص الأنطوائي في مراحل التطور المختلفة من الطفولة إلى الشباب من شروط بيئية وتعلم اجتماعي. فإذا وضع الآباء متطلبات صارمة على الطفل المنطوي، واتجهوا معه إلى الصرامة والضبط الشديد والعقاب، فإن من الأرجح أن تتجه الشخصية إلى القلق والعصاب. وبنفس المنطق قد تتكون للمنطوي شخصية متزنة إذا ما تميزت علاقته بالأسرة بالدفاء والتقبل.

فالأنطوائي قد يترجم للواقع انطوائه بلغات مختلفة بحسب ما تمر به شخصيته من خبرات اجتماعية وبيئية. والقلق هو الإضطراب الإنفعالي الذي تشيع له الشخصية عندما تتفاعل ظروفها الوراثية مع بيئة مضطربة.

إلى هنا ولم نذكر ماهي بالضبط الخبرات الاجتماعية وأنواع التعلم المضطربة التي من شأنها أن تتحول بالأنطواء إلى المرض النفسي والقلق. هنا أيضاً استطاعت البحوث أن تبين بالضبط هذه العوامل البيئية والتي نوجزها فيما يلي :

(١) أن يتعرض الطفل الانطوائي في المراحل المبكرة من العمر لأخطار وصدمات مبكرة مثل الصدمات التي تحدث بشكل طارئ أو تؤدي لإصابة بدنية. وتعتقد «بروفي» أن الفترة ما بين سنتين وثلاث سنوات من حياة الطفل هي من أكثر المراحل إستجابة بالقلق والخوف عند مواجهة الأخطار المرتبطة بالصدمات والإصابات البدنية بما في ذلك لدغة غير متوقعة من حشرة، أو كسر في العظام أو جرح عميق يؤدي إلى نزيف في أحد أعضاء جسم الطفل. ومن

المعتقد فيما ترى «بورفي» أن المخاوف التي تصيب الأطفال من الموت، والألم ترتبط بهذه الصدمات وتحدث في تلك المراحل المبكرة من العمر. ولهذا فهي تنصح أن لا تأخذ مخاوف الأطفال من العمر. ولهذا فهي تنصح أن لا تأخذ مخاوف الأطفال المبكرة مأخذ الهزل أو السخرية منها، بل من الأفضل أن نشجعهم ونطمئنهم حتى تنتهي هذه الصدمات بأقل أضرار نفسية ممكنة.

(٢) شخصية الأبوين: لقد كان لجهود الباحثين الفضل في إثبات أن شخصية الطفل تتأثر تأثراً مباشراً بشخصية الأباء وبالأثار الناتجة عند تعاملهما معه. ويفضل العلماء النظر إلى شخصية الأباء من حيث أساليب التفاعل مع الأطفال وفق بعدين أو عاملين رئيسيين :

العامل الأول : يمتد من الحب إلى الغلظة: فبعض الأباء يعامل الأطفال بحب، وتقبل، ودفاء. والبعض الآخر يميل إلى الخشونة والتهديد والسيطرة وفرض القواعد والغلظة. على أن الغالبية العظمى من الناس تحتل مواقع متوسطة بين الحب والعداء: يتجهون لإظهار الحب أحياناً وإلى الغلظة أحياناً أخرى.

العامل الثاني : يمتد من التساهل إلى التقييد: بعض الأباء أميل إلى التساهل والمسايسة وبعضهم أميل إلى تقييد نشاطات الطفل والتسلط، والغالبية العظمى تحتل موقفاً وسطاً بين التساهل والتقييد.

وإذا جمعنا بين هذين البعدين لكان من السهل علينا فيما يوضح الشكل رقم (١) أن نحدد أربعة أنواع رئيسية من الشخصية لكل نوع منها أسلوبها الخاص في التعامل مع الطفل وتنشئته بالشكل الآتي :

(١) الآباء الذين يجمعون الحب بالتساهل (أو التسامح) وغالباً ما يكون الأطفال المولودون لأباء من هذا النوع من أكثر الأطفال إتراناً وصحة. وتبين البحوث أن الأطفال الذين ينشأون في جو أسرى

لأباء يتميزون بالحب والتساهل عادة ما تظهر لديهم فيما بعض خصائص إيجابية كالقيادة والأنبساط والثقة بالنفس والإبداع والميل للإستقلال مبكراً.

(٢) الآباء الذين يجمعون بين الحب والضبط وغالباً ما يتجه الأطفال الذين ينشأون في هذا الجو إلى المجاراة وتقبل المعايير الاجتماعية، والتوافق ولو أنهم عادة مايكونوا أميل للإعتماد والتبعية.

(٣) أساليب التنشئة التي تتميز بالتساهل والعداوة.. وفي مثل هذا المناخ تتجه الشخصية فيما بعد إلى الجنوح الاجتماعي والميول الاجرامية.

(٤) أما النمط الرابع فهو النمط الذي يرتبط بظهور القلق، والكف ومشاعر الذنب والنقص.. وضيق الخبرة.. بعبارة أخرى فإن هذا النمط من التربية التي تجمع بين التقيد والعداوة هو الذي يوجه الشخصية نحو السلوك العصابي بما فيه القلق.

من السهل إذن أن نستنتج بأن الطريقة المثلى لتجنب إصابة الأطفال بالقلق والخوف هي أن نتجنب معاملتهم بصورة عدائية وأن نشجعهم على الانطلاق والحرية في التعبير عن النفس والانفعالات. وإذا كنت تريد لطفلك أن يكون مبدعاً وقيادياً ومستقلاً بذاته فعليك أن تعامله بمزيج من الحب والتسامح، لكن عليك أن تتوقع أن ينضج طفلك اجتماعياً بشكل مبكر وأن يستقل بنفسه ويبتعد عن الأسرة في فترات مبكرة. أما إن كان طريق الإبداع والقيادة والاستقلال الذاتي لايهمك وتريد بدلاً من ذلك أن ترى ابناً وديعاً متعاوناً ومعتمداً عليك وعلى الأسرة فإن الحب مع التقيد يعتبر أسلوباً ملائماً لتحقيق هذا الغرض. ومن المؤكد أننا لانحب أن نرى أولادنا بين فئات المجرمين والجانحين والساخطين، ولهذا فمن الأفضل أن نتحاشى الأساليب العدوانية الممتزجة بالتساهل والتجاهل والرفض (أى التسامح مع العدوان) تماماً. كما يفضل أن نتحاشى الأساليب العدوانية المتسمة بالتقيد

بسبب ماتخلقه من قلق وعصاب، وعدم استقرار، ووساوس.

الأزمات الاجتماعية والخبرات الصدمية :

درس العلماء ما تتركه الأزمات الاجتماعية والصراعات المختلفة التي يمر بها الفرد من آثار على الشخصية وتطور الجوانب المرضية فيها بصور متعددة منها:

(١) تعريض الأشخاص في مواقف تجريبية مضبوطة لعدد من الظروف الضاغطة والتوترات ثم ملاحظة ما يعتريهم من حالات قلق أو توتر قبل التعرض لهذه الشروط وبعدها.

(٢) دراسة الأفراد في ظل شروط طبيعية توصف بالتوتر الشديد والصراع والإثارة وذلك كدراسة القلق في ظل الحروب والغارات، أو تحت ظروف شخصية أخرى كالطلاق، والهجرة والتعرض للإغتيل أو القتل.

(٣) دراسة القلق في جماعات يسهل وصفها أنها تعيش في أزمة أو صراع أو ضغط وذلك كالمراهقة، والحالات العصبية التي تتجه للعلاج النفسي، والنساء بالمقارنة بالذكور، والفقراء الخ.

وتكشف هذه الدراسات عن نتائج متنوعة ومتضاربة لكنها استطاعت أن تكشف عن أن هذه الأزمات تتباين فيما بينها فيما تتركه من آثار نوعية على القلق.

فمن ناحية علاقة القلق بالجنس أجمعت غالبية الدراسات التي أجريت في مناطق مختلفة من العالم، إن القلق يرتفع عموماً بين النساء بالمقارنة بالذكور ويزداد إرتفاع النساء عن الذكور في مستوى القلق في المجتمعات العربية وأوروبا الشرقية بالمقارنة بأمريكا. ومن غير المعروف ما إذا كانت هذه الزيادة في المجتمعات غير الأمريكية ترجع إلى زيادة الضغوط والقمع بين النساء أكثر من الذكور، أم أن الذكور في هذه

المجتمعات يكتمون تعبيرهم عن القلق والمخاوف أكثر من النساء بسبب الاستهجان الاجتماعي وعدم تقبل الظهور بمظهر القلق والخوف بين الذكور.

ويبين المرشد الطبي النفسي الأمريكي أن المقارنة بين الذكور والإناث تكشف عن نتائج محددة فيما يتعلق بانتشار المخاوف المرضية والقلق. فبين النساء زادت نسبة المخاوف المرضية خاصة حالات الخوف المرضي من الأماكن الفسيحة والخارج Agorapobia، والخوف المرتبط ببعض الحيوانات (كالكلاب والوطواط، والحشرات، والفئران)، والأماكن المغلقة والمرتفعات. كذلك ترتفع النسوة عن الذكور بالنسبة لحالات القلق العصبي ونوبات الجزع المؤقتة أو المزمنة. أما القلق العام الذي يتميز بالتوترات العضلية وزيادة النشاط الاستثاري في الجهاز العصبي (مثل زيادة العرق وزيادة نبضات القلب، والصداع، وجفاف الفم، وضيق التنفس.. الخ) والتوجس شرا، فلم يوجد ما يدل على إرتفاع جنس دون آخر إذ يتوزع هذا النوع من القلق بين الجنسين بالتساوي.

ويتساوى الجنسان أيضاً بالنسبة لقلق الوسواس والأعصاب القهرية التي تتخذ إما:

شكل (أ) سيطرة أفكار محددة مكررة يصعب تجنبها أو الهروب منها، كوساوس العنف (مثال: السيدة التي يملكها وسواس إيذاء طفلها أو خنقه)، وسواس التلوث (مثل الشخص الذي يملكه الخوف الشديد من الإصابة بالمرض) وسواس الخوف والتشكك (الشخص الذي يملكه وسواس التفكير الدائم خشية أن يكون قد نسي غلق صنبور المياه، أو انبوية البوتاجاز).

(ب) القيام بأفعال قهرية مكررة، كغسل اليد، أو عد الأشياء التافهة أو اللمس، أو المراجعة الدائمة لأشياء سبق فعلها.

وتبين إحصائيات العلاج النفسي أن نسبة النساء اللاتي يطلبن العلاج النفسي من حالات القلق والمخاوف المرضية تصل إلى ضعف نسبة الذكور.

ويمكن النظر في هذه النتائج من خلال التفسيرين الآتيين :

(١) إنتشار القلق والمخاوف بين النساء قد يرجع إلى شدة ميل النساء لطلب عون الآخرين عند الشعور بالضغط والإحباط أكثر من ميل الذكور إلى ذلك، بعبارة أخرى فإن التنشئة الاجتماعية لاتشجع الرجل على التعبير عن الخوف والقلق. فالرجل ينشأ منذ البداية في ظل شروط إجتماعية تجعله يستهجن التعبير عن الخوف والقلق أكثر من المرأة. وتكون المرأة وفق هذا التفسير أكثر قدرة على الإعتراف بما يصيبها من مخاوف وجوانب قلق. مما يجعلها تبدو أكثر قلقاً من الرجل. بينما يظهر الرجل مقاومة أكثر في تعبيره عن انفعالات وجوانب قلقه مما يجعله يبدو أقل قلقاً مما هو عليه في الواقع.

(٢) التفسير الثاني يرى أن الضغوط الاجتماعية على المرأة أكثر من الرجل فهي تقوم بعدد كبير من الأدوار الاجتماعية التي تتطلب منها التكيف لحاجات الآخرين أكثر من الرجل فهي أم، وزوجة، وامرأة، وإذا كانت تعمل فهي أيضاً تقوم بدور العاملة التي تحتاج للتوفيق بين حاجات الأسرة وحاجات العمل. وكثير من هذه الأدوار التي تقوم بها المرأة تتعارض في متطلباتها. فالعمل بالنسبة للمرأة يتداخل في دورها أحياناً كزوجة، وأم من المطلوب منها القيام بمتطلبات خاصة تحكمها احتياجات الأشخاص الآخرين الداخليين في هذه الأدوار. وتثير هذه المتطلبات المتعارضة كثيراً من جوانب الصراع والتوتر النفسي ومايصحب ذلك من قلق وعدم استقرار. فضلاً عن هذا فإن المرأة تمر بتغيرات بيولوجية أكثر من التغيرات البيولوجية التي يمر بها الرجل، وذلك كالعادة الشهرية أو انقطاعها.

وبالرغم من أن التفسيرين السابقين قد يصلحاً معاً لفهم الأسباب الكامنة وراء زيادة ميل النساء إلى القلق، فإن هناك نتائج تجريبية وعلمية تثبت صحة الافتراض أو التفسير الثانى الذى يرى أن الزيادة فى مستوى القلق والتوتر النفسى لدى المرأة زيادة حقيقية ولا ترجع إلى زيادة ميلها للتعبير عن مشاعرها بما يظهرها أكثر قلقاً مما هى عليه بالفعل. فهناك ما يثبت أن القلق الممتزج بالاكتئاب يزداد بين النساء فى الأسبوع أو العشرة أيام السابقة على ظهور العادة الشهرية ويطلق علماء الطب النفسى على مثل هذا النوع من القلق إسم توتر العادة الشهرية Premenstrual Stress (PMS). وهو يبدأ فى التلاشى التدريجى أثر بداية الدورة الشهرية، أو بتوقفها حيث تبدأ الشخصية فى العودة تدريجياً لحالتها السابقة. ويرتبط هذا القلق والتوتر المؤقت بزيادة نشاط الغدد الدرقية وما يصحبه من احتجاز السوائل (يعتبر احتجاز السوائل فى الجسم من العوامل الرئيسية المسببة لعدم الإحساس بالراحة، وتورم بعض مناطق الجسم كالثدى. ولهذا ينصح الأطباء بضرورة علاج هذه المشكلات والتغيرات الكيميائية فى الجسم بأعطاء الأدوية المدرة للبول، أو العلاج الهرمونى للتقليل من الاختلالات التى تصيب افرازات الغدد فى هذه الفترة السابقة لظهور العادة).

وإذا كان ظهور العادة مصحوباً بالمشكلات النفسية المعبرة عن امتزاج القلق والاكتئاب، فإن انقطاع العادة الشهرية فيما تبينه دراسات علماء النفس يكون أيضاً مصحوباً بالقلق وعدم الاستقرار، والتغيرات المزاجية السريعة. ولأن المشكلات الانفعالية بما فيها القلق والتوتر النفسى تزداد فى هذه الفترات المصحوبة بتغيرات بيولوجية، جنح بعض الأطباء النفسيين إلى تفسير قلق المرأة أنه ذو مصدر عضوى. والحقيقة أنه لا يوجد مايدل على ذلك. فقد يكون القلق والمشكلات الانفعالية المصاحبة لإنقطاع العادة الشهرية ذات مصدر اجتماعى - نفسى. فلأن انقطاع العادة يأتى فى أعمار متأخرة قد تعتقد المرأة والمحيطين بها بأنها دخلت فى سن اليأس

والشيخوخة. ولهذا فقد تكون المشاعر السلبية التي تزداد عند المرأة في هذه الفترة والاعتقادات الخاطئة أنها قد فقدت جاذبيتها الجنسية وأهميتها للأسرة والمجتمع، (بسبب توقف قدرتها على الإنجاب) من الأشياء التي تلمست طريقها إليها بفعل التصورات الاجتماعية والأراء التي تسمعها من الآخرين. وتحتاج المرأة لهذا في هذه الفترة - إلى الدعم الانفعالي الشديد وربما إلى المعونة الطبية والنفسية المهنية المتخصصة لإعانتها على تصحيح كثير من الأخطار والمعتقدات المضللة.

من هذه الأمثلة والدراسات، يسهل علينا القول أن الأزمات البيولوجية والصراعات الاجتماعية تتزايد بين النساء أكثر من الذكور. ولهذا يكون من المنطقي أن نتصور أن يكون ذلك مصحوباً بارتفاع في مستويات القلق، والتقلب الانفعالي والتوترات النفسية بين النساء أكثر من الذكور في مجتمعاتنا والمجتمعات الغربية على حد سواء.

وتضيف علاقة العمر بالقلق تأييداً آخر على أن الأزمات النفسية تكون عادة مجالاً خصباً للمشكلات الانفعالية بما فيها القلق. فقد درس العلماء علاقة العمر بالقلق.. هل يشيع القلق بين الأطفال أكثر من البالغين، وبين البالغين هل يتزايد القلق بين الراشدين أم بين المراهقين؟ وهل صحيح أن زيادة العمر تصحبها الحكمة وبالتالي الخلو من القلق والتوتر؟

الحقيقة أن نتائج البحوث التي درست العلاقة بين العمر والقلق بينت أن العمر وحده ليس عاملاً حاسماً في القلق.. لكن التغيرات التي تصاحب العمر والأزمات التي تزداد في مراحل عمرية (كالمراهقة مثلاً) دون المراحل الأخرى هي التي تلعب المسؤولية الأولى في نوعية هذه العلاقة واتجاهها. ففي دراسة لمجموعة من العصائيين ممن كانوا يتلقون علاجاً نفسياً تبين أن مستويات القلق والعصاب ترتفع في المراهقة ثم تنحدر للانخفاض في مراحل الرشد والشباب، ثم تبدأ في الارتفاع مرة أخرى في السنوات المتقدمة من العمر وفي فترات الشيخوخة.

أما أن القلق يكون نتيجة مباشرة للضغوط الاجتماعية فقد تأيد ذلك في دراسة أجريت على (٣٤٦) طفلاً لبنانياً تتراوح أعمارهم من (٩) إلى (١٣) سنة من مستويات تعليمية ومناطق لبنانية مختلفة فقد بينت هذه الدراسة نتائج منها أن:

- (١) القلق يزداد بدرجة ملحوظة بين الأطفال إثر مشاهدتهم للمعارك والغارات الحربية الدائرة. ولو أن القلق يتلاشى تدريجياً بعد ذلك.
- (٢) القلق يزداد بين الأطفال في جمعيات الأيتام أكثر من انتشاره بين الأطفال الذين يعيشون مع أسر عادية.
- (٣) يرتفع التعبير عن القلق والتوتر بين الأطفال الإناث أكثر من الأطفال الذكور.

ولاتختلف النتائج السابقة التي أجريت في مجتمع عربي عن مثيلاتها من نتائج الدراسات الأنجلو أمريكية. فالبحوث الإنجليزية المبكرة التي أجريت لدراسة آثار الحرب على الأطفال الإنجليز خلال الحرب العالمية الثانية بينت أن القلق يتزايد بدرجة ملحوظة لدى الأطفال خلال الغارات الحربية. أما ارتفاع مستوى القلق بين الأطفال اليتامى فلا يحتاج إلى التعليق إذ من الواضح أن الضغوط الاجتماعية والتهديد من الأشياء التي تزداد بين أطفال المؤسسات أكثر من الأطفال الذين يتعلمون في مدارس عادية وبين أسر عادية. أما ارتفاع الأطفال الإناث في القلق عن الأطفال الذكور اللبنانيين فيتفق مع نتائج كثير من الدراسات العالمية التي بينت أن الإناث دائماً ما يرتفعون عن الذكور في مستويات التوتر النفسي والقلق. تبين في أمريكا وفي المكسيك وبين الزوج وفي مصر. نخلص من هذا أن القلق يتزايد كلما إزداد التوتر البيئي والضغط الاجتماعي وأنه يعبر عن نفس العلاقات في الدول العربية التي يعبر عنها في المجتمعات الأنجلو أمريكية.

شكل رقم (١) أنماط التنشئة وصلتها بأنماط الشخصية بما فيها القلق



بينت أن الإناث دائماً ما يرتفعون عن الذكور في مستويات التوتر النفسى والقلق. تبينت في أمريكا وفي المكسيك وبين الزوج وفي مصر. نخلص من هذا أن القلق يتزايد كلما إزداد التوتر البيئى والضغط الاجتماعى وأنه يعبر عن نفس العلاقات فى الدول العربية التى يعبر عنها فى المجتمعات الأنجلو أمريكية.

الشكل السابق يوضح أن أساليب التنشئة الوالدية يمكن تقسيمها إلى أربعة أنماط بحسب الجمع بين بعدين رئيسيين هما: ١ - الحب فى مقابل العداوة و ٢ - التساهل فى مقابل التقيد. ويتضح :

(١) أن نمو القلق والخصائص العصابية فى الشخصية تنتشر بين أطفال النمط الرابع الذى ينشأ فى جو أسرى يتسم بالتقيد (الضبط الشديد) مع العداوة.

(٢) أما الأطفال الذين يولدون لآباء يجمعون بين الحب والتقيد فعادة ما يكونوا من النوع الاعتمادى والميال إلى مجارة التقاليد وهم أيضاً يتوافقون لأبائهم توافقاً جيداً ويوصفون بالتوافق وطيب المعشر. على أن إعتمااد أشخاص هذه الفئة على الخارج واهتمامهم بالتقبل الاجتماعى والمرغوبة، وخوفهم الشديد من الرفض يسهم بالتبعية، وقلة المبادرة، والمجارة، والتقليد.

(٣) وتزداد الميول الإجرامية فى الشخصية، ويزداد الجروح، والعدوان، والمعاندة، والسخط الاجتماعى إذا نشأ الشخص فى جو يتسم بالتساهل والعدوان. ويبدو أن العداة والرفض الذى يتسم به أباء هذه الفئة يرسم أمام الطفل نموذجاً يتبناه فى حياته ويقوم أيضاً على الرفض وإيقاع الأذى. ويرى البعض أن التساهل إذا كان مقروناً بالعداوة قد يراه الطفل أقرب إلى الرفض منه إلى السماح والتشجيع على حرية التعبير. فالتساهل قد نراه علامة على السماح إذا اقترن

يؤثر في ثقته بنفسه ورضاه عن عمله وذاته. ولهذا تبين دراسة الأشخاص المصابين بالأمراض النفسية والقلق أنهم قد ولدوا لأباء يتميزون بالضبط والتخويف من الحياة والمجتمع وحرية التعبير والتلقائية. ولهذا يسهل على الطفل في هذا الجو أن يكتسب المخاوف المرضية التي تعتبر من السمات الأساسية في القلق والعصاب.

والخلاصة :

إن تضافر العوامل الوراثية وظروف التنشئة الوالدية والتعلم الاجتماعي تهيئ الشخصية للإنهيار السريع عند حدوث أزمات أو ضغوط. فالأزمات البيئية تعجل بظهور الاضطرابات. وهناك بالفعل ما يدل على أن العصائيين هم من أكثر الأشخاص عرضة للقلق والمخاوف عندما كانوا يوضعون مع غيرهم في مواقف تجريبية محملة بالضغط. وتتزايد بينهم أيضاً نوبات القلق والانزعاج في المواقف الطبيعية التي تنصف بالتوتر الشديد والصراع كالطلاق، والهجرة، والعزلة، والامتحانات. وفي ظل الحروب والأزمات النفسية تبين أيضاً أنهم أسرع من غيرهم للإصابة بنوبات الفزع والمخاوف المؤقتة والدائمة.

وهكذا فإن القلق لا يعتبر نتاجاً كاملاً للظروف الاجتماعية والضغوط، كما أنه لا يمكن أن يكون بكامله نتاجاً للطبيعة الشخصية والبيئة. فالإنسان يشكل طبيعته من خلال ما يمر به من مواقف وضغوط، كما أنه يشكل رؤيته لهذه الضغوط من خلال طبيعته وشخصيته.

الفصل الرابع

العقاقير الطبية وحالات القلق (مشكلات العلاج الطبي للقلق)

- * العلاج بالعقاقير الطبية وأهميته في المراحل الأولى .
- * العقاقير الطبية سلاح ذو حدين .
- * أهمية التشخيص الجيد للمشكلات المميزة للقلق قبل البدء في العلاج الطبي .
- * العقاقير المضادة للقلق : أمثلة ونماذج منها
- * الآثار الجانبية ومضار العلاج الكيميائي - الطبي للقلق .
- * العقاقير تخفف من الأعراض وتَقْنَع الأسباب الحقيقية للقلق .
- * فاعلية العقاقير تتوقف على الفروق الفردية .
- * العقاقير تؤدي إلى إستجابات متباينة .
- * الإدمان والتعود .
- * تزايد خطورتها عندما ترافقها عقاقير أخرى كالخمر .
- * كلمة عن الفيتامينات والمعادن .

أوضحنا فى الفصول السابقة أن هناك أنواعاً مختلفة من القلق . وما تلعبه الأدوية الطبية فى علاج كل نوع من هذه الأنواع يختلف باختلاف الشخص ونوع القلق . ويحذر الأطباء (مثل : Greist et al., 1986) من الاعتماد كلية على استخدام العقاقير الطبية فى علاج القلق ويرون أن الأدوية - إذا كانت هناك ضرورة لإستخدامها يجب النظر إليها على أن هناك مراحل العلاج قد يكون لإستخدام العقاقير خلالها دوراً هاماً لنجاح العلاج، وهناك أوقات أخرى قد يؤدى إستخدام العقاقير خلالها إلى فشل العلاج .

وتتوقف فاعلية العقاقير أيضاً على الشخص ذاته، ويتفاوت تأثيرها لهذا من شخص إلى آخر، فبعض الأشخاص قد يستجيب للعقاقير استجابة جيدة، والبعض لا يستجيب لها، ويبقى بعض آخر قد يستجيب لها إذا ما صحبتها أنواع أخرى من العلاج النفسى أو السلوكى .

وكما فى أى علاج طبي آخر، يعتبر استخدام العقاقير المضادة للقلق سلاحاً ذى حدين . فالأدوية من ناحية تخفف من حدة الأعراض، وتمنح القلقين فرصة ولو مؤقتة للراحة والسلام النفسى، ولكنها - من ناحية أخرى- تؤدى إلى نتائج جانبية غير مرغوبة وخطيرة . ولهذا فإن استخدام العقاقير يتطلب مهارة شديدة فى كيفية استخدامها وتعاوناً قوياً بين المريض والطبيب لتجنب آثارها الجانبية الخطيرة .

ويتوقف نجاح استخدام العقاقير أيضاً على نوع القلق . ولهذا فإن التشخيص الجيد قبل الاستعانة بالأدوية ضرورة يحتمها العلاج الناجح . فإذا عرف الطبيب المعالج مثلاً أن قلق مريضه يرجع إلى الإفراط فى استخدام عناصر تحتوى على الكافين (لكثرة شرب الشاي أو القهوة أو الكوكاكولا) كان من السهل عليه أن ينصح بالحد أو التوقف عن استخدام هذه العناصر .

ويؤدي عدم التشخيص الجيد أحياناً إلى نتائج سيئة. فبعض أعراض القلق تكون نتيجة لإختلال بدني كزيادة الإفرازات الهرمونية لبعض الغدد (كالغدة الدرقية) ولهذا فإن استخدام العقاقير المهدئة في مثل هذه الحالات يؤدي إلى «تقنيع» المرض الرئيسي ومضاعفة المخاطر المترتبة على ذلك.

ويكون القلق لدى البعض أحياناً مصحوباً بحالات من الاكتئاب وقد يصف الطبيب المتعجل أدوية مهدئة لعلاج القلق دون انتباه للاكتئاب الذي يصاحبه. وتتضاعف في مثل هذه الأحوال النتائج السيئة عندما يتحول الشخص من سيء إلى أسوأ. ولهذا فإن نجاح العلاج الطبي يتوقف على مهارة الطبيب وخبرته ويتوقف أيضاً على صبره ومثابرته على التشخيص الدقيق قبل التعجل بكتابة «وصفته الطبية» أو الأمر باستخدام الدواء. ويتوقف فضلاً عن ذلك على علاقة التفتح والتفهم بين المريض والطبيب. ومن رأينا أن من الضروري أن يقوم المريض بمناقشة طبيبه وإعطائه المعلومات الدقيقة عن حالته وأن يكون أيضاً على علم بأنواع الأدوية حتى يتناقش مع الطبيب مناقشة العارف والمتفهم للأخطار. ولهذا سنشرح فيما بعد الآثار الجانبية والأخطار المرتبطة بعقاقير علاج القلق والتوتر، ونعرض لهذا أيضاً أهم أنواع هذه العقاقير وفئاتها.

العقاقير المضادة للقلق : أمثلة ونماذج منها

العقاقير التي يصفها الأطباء النفسيون لمرضاهم في حالات القلق والذعر تنتمي غالباً إلى ما يسمى بالعقاقير المسكنة والعقاقير المهدئة tranquilizers. وكلا النوعين من العقاقير تخفف وتسكن من مستويات القلق والتوتر بسبب تأثيراتها المهدئة على المخ ومراكز الاستشارة في الجهاز العصبي. وتسمى العقاقير المضادة للقلق أحياناً باسم المهدئات الصغرى minor tranquilizers في مقابل المهدئات العظمى major tranquilizers التي تستخدم في علاج الأمراض العقلية كالقصور (عادل الدمرداش، ١٩٨٢، ص ١٤٢).

ويعتبر الباربيتوراتس barbiturates من أقدم الأدوية المشتقة من حامض الباربيتوريك التي كانت توصف بكثرة لعلاج القلق. بدأ استخدامه سنة ١٩٠٣م لإحداث التخدير العام قبل إجراء العمليات الجراحية. وقد أصبحت مركبات الباربيتوراتس اليوم نادرة الاستعمال بسبب قصر مفعولها وخطورة الإدمان عليها بسرعة. وينظر الأطباء اليوم على أنها علاجات إنتهت جاذبيتها، ولم يعد من المقبول وصفها لعلاج حالات القلق، ولو أن بعض مركبات الباربيتوراتس مثل اللومينال Luminal لاتزال تستخدم في أغراض طبية أخرى مثل علاج التشنجات في حالات الصرع epilepsy.

وهناك الميبروباميت Membrobamate الذى يشتق منه الميلتاون Miltown والميبروسبان Meprospan. وتعامل مشتقات هذه الفئة بين الأطباء كما تعامل مشتقات الفئة الأولى على أنها علاجات ولى استخدامها، ولها نفس الآثار الجانبية السيئة. ولهذا ينظر الأطباء إلى دورها فى علاج القلق والطب الحديث على إنه دور محدود ولاينصح أحد الآن باستخدامها فى علاج القلق (Greist et. al., 1986).

ومن أشهر المهدئات المستخدمة للتخفيف من القلق والتوتر دون أن تسبب الآثار الجانبية والنوم إذا أخذت فى جرعات صغيرة ما يسمى بمعوقات بيتا Beta Blockers. وقد بدأ استخدام معوقات بيتا كوسيلة لعلاج ارتفاع ضغط الدم بسبب تأثيرها المعوق لنشاط الأعصاب (المعروفة باسم بيتا) والتي تسرع من دقات القلب وتقلص من الأوعية الدموية مما يؤدي إلى إرتفاع ضغط الدم. وقد تبين للأطباء أن هذه المركبات تصلح للتخفيف من القلق خاصة إذا تمثلت الأعراض الرئيسية للقلق فى زيادة خفقان القلب والاستثارة والتوتر العضلى والتنفس السريع والعرق.. أى الأعراض المرتبطة بنشاط الجهاز الاستثارى. وهى بالرغم من صلاحيتها لكف أعراض القلق إلا أنها لاتزال توضع فى فئة الأدوية الخاصة بإرتفاع ضغط الدم وآلام القلب، واستخدامها فى مجال علاج القلق استخدام ثانوى

ويتوقف على معرفة الطبيب المعالج بخصائصها في علاج بعض حالات القلق. ويعتبر «البروبرانولول» propranolol من أشهر أنواع هذه الفئة إرتباطاً بعلاج القلق المصحوب بالأعراض الاستثنائية كما سبق وأن أوضحنا.

ولعل من أشهر أنواع العقاقير الطبية المستخدمة في علاج القلق والتوتر ما يسمى بمركبات البنزوديازيبين Benzodiazepine كالفاليوم Valium، والليبريوم، Librium، والاتيغان، Ativan، والدالمين Dalmane الذى يوصى باستخدامه كوسيلة كيميائية فعالية في حالات القلق الاستباقي (التوجس والريبة وتوقع الشر) والقلق التالى للضغوط والخبرات الصدمية (كأعراض الأرق والكوابيس الليلية التالية، و«العكنة» المزاجية التالية للخبرات الصدمية كالوفاة أو الانفصال أو الكوارث المالية والفشل..). وتعتبر مركبات البنزوديازيبين من أحدث المجهودات الكيميائية في علاج القلق. بدأت في الظهور سنة ١٩٦٠م ومنذ ظهورها أصبحت من أشهر الأدوية الطبية المضادة للقلق. وبالرغم من أثارها الجانبية - كغيرها من العلاجات الكيميائية - فهي من أفضل الأدوية المتاحة الآن بسبب تأثيرها الفعال على كثير من الأعراض المصاحبة للقلق في فترات قصيرة. ويمكن أن نلخص الفوائد الرئيسية لهذه الفئة في خاصيتين: فهي توصف - كالباربيتوراتس - لعلاج مشكلات النوم للتخفيف من الأرق (أى كمنوم)، فضلاً عن تأثيرها المهدئ للقلق بالمساعدة على الاسترخاء وتقليل المخاوف والتخفيف من التوتر الجسمي والعقلي. وتنتج عقاقير هذه الفئة في التخفيف من الآلام العضلية المصاحبة للقلق كآلام الرقبة والظهر. وسنناقش الأعراض الجانبية لهذه المنومات فيما بعد.

عقاقير طبية أخرى :

ثبت أيضاً أن بعض العقاقير المستخدمة في علاج الاكتئاب وأمراض الحساسية يكون لها أحياناً تأثير ملطف ومهدئ ولهذا فهي تستخدم أحياناً وبشكل مقصود لعلاج القلق وذلك لتجنب الأعراض

الجانبية، وللتغلب على أعراض القلق التي يصعب علاجها بالأدوية المضادة للقلق. ويعتبر «الأنافرانيل» Anafranil المستخدم في كندا وأوروبا من أشهر أدوية الاكتئاب التي تبين أنها تعالج الاضطرابات القهرية والوسوسة. وبالرغم من فاعليته الشديدة في علاج مثل هذه الاضطرابات فما زالت الجهات الرسمية في الولايات المتحدة لا تسمح باستخدامه بسبب تأثيراته الجانبية والتي من أهمها العنة الجنسية.

ونظراً لأن المجال هنا لايسمح بالدخول في تفاصيل العلاجات الكيميائية بالعقاقير فإننا نحيل المهتم بهذا الموضوع إلى المراجع الآتية (Greist & Jefferson, 1984; Cronin, 1982; Coleman, 1984; Rimm, 1979) كذلك الجدول (١) المرفق في نهاية الفصل الذي يبين أهم الأدوية المضادة للقلق، واستخداماتها المعتادة وبعض الآثار الجانبية لها.

الآثار الجانبية ومضار العلاج الكيميائي - الطبي للقلق :

يبقى بعد هذا العرض لأنواع الأدوية والعقاقير المضادة للقلق أن نشير إلى المشكلات التي ترتبط باستخدامها. ويمكن أن نلخص هذه المشكلات فيما يلي :

فمن جهة، نعرف أن كثيراً من المرضى يتعاطون هذه الأدوية للتخفيف من التماسه وضروب الألم النفسى والبدنى المرتبطة بالقلق، لكن أمراضهم تظل باقية ولا تعالج. فالعقاقير إذن فى عمومها لا تعالج المشكلة، ولكن تحقق تخفيفاً مؤقتاً للأعراض الحادة المرتبطة بالقلق. ولهذا هناك ما يشبه الاتفاق بين الأوساط الطبية العلمية على وصف العلاج الطبى بالعقاقير على أنه عملية ضبط وليس عملية شفاء بالمعنى المتعارف عليه.

وهناك من ناحية ثانية مشكلة متعلقة بتفاوت استجابات الأشخاص للعقاقير. بعبارة أخرى نجد أن الدواء الواحد كالفاليوم قد يؤدي إلى استجابات مختلفة فى الأشخاص المختلفين. فالعقار الواحد قد يثير شعوراً

بالبهجة والتخفيف من أعباء القلق في شخص معين، ولكنه يؤدي إلى إحساس بالإكتئاب والضيق في شخص آخر. لذلك فإن وصف دواء معين يحتاج إلى مهارة طبية وإلى فهم عميق بطبيعة الشخص وخصائصه الفسيولوجية والنفسية. وقد يحتاج الطبيب أيضاً إلى فترة ملاحظة طويلة لمرريضه حتى يستقر على نوع العلاج الطبي الملائم.

ويوجد من ناحية ثالثة عوامل متعلقة بالآثار الجانبية لنسبة كثيرة من هذه الأدوية. بعض هذه الآثار الجانبية مؤقتة.. يمكن إزالتها بمرور الوقت أو بإعطاء أدوية أخرى، وبعضها دائم وخطير ويمس صحة الفرد النفسية والعقلية والجسمية وربما تضع حياته في خطر. فالباربيتورات مثلاً قد يؤدي إذا أخذ بكميات مسرفة إلى الإغماء والموت. حتى المهدئات الصغرى بالرغم من أن آثارها الجانبية أقل من غيرها فإنها تؤدي إلى آثار جانبية منها النعاس والدوخة وضعف التأذر الحركي. فضلاً عن تأثيراتها المؤقتة على العمليات الانفعالية العقلية العليا بما في ذلك إصابة الذاكرة بالضعف والتوهان. وبعض أنواع هذه الأدوية تؤدي إلى التحفز العدائي فتؤدي عند البعض إلى الإندفاع والعدوان. وهناك البعض الآخر من العقاقير المستخدمة في علاج القلق - مثل أدوية معوقات بيتا Beta Blockers تؤدي إلى أمراض جسمانية جانبية إذا ما أعطيت دون حذر وذلك مثل الربو، وضيق التنفس وغيره من أمراض الرئة.

وتؤدي الجرعات الكبيرة من العقاقير المتقدمة خاصة إذا استخدمت على فترات طويلة إلى الإدمان والتعود. ومن المعروف أن المدمنين على هذا النوع من المنومات كثيراً ما يصابون بالاكتئاب وحالات التسمم. ويشعر المدمن ببطء التفكير والنسيان والخلط وضعف التركيز. كما أنه يعاني من التقلب الانفعالي وسرعة الاستثارة. كما تتدهور علاقاته الاجتماعية وكفاءته الذهنية ومهاراته الحركية. وإذا توقف عن تعاطي هذه الأدوية تصيبه أعراض الامتناع أو أعراض التوقف عن التعاطي Withdrawal

Symptoms، وتستمر هذه الأعراض من ثلاثة إلى سبعة أيام، وتحتاج إلى العلاج السريع لأنها قد تؤدي للوفاة (الدمرداش، ١٩٨٣ م، ص ١٥٣).

وتؤدي الأدوية المضادة للقلق إلى نتائج أسوأ إذا ما استخدمت مع الخمر أو بسبب خاصيتها للتفاعل مع هذه العقاقير الأخرى. ولهذا ينصح بعدم تعاطي الخمر مع أدوية القلق. كذلك تبين أن تعاطي القهوة والشاي والمواد المشبعة بالكافين تؤدي إذا ما استخدمت مع أدوية القلق إلى آثار مضادة إذ يرتفع القلق في مثل هذه الحالات إلى أكثر من المعتاد.

وهناك من ناحية أخرى ما يسمى بالإفراط نتيجة للتزايد التدريجي لتحمل الجهاز العصبي لهذه الأدوية. فالشخص الذي يجد في البداية أن هـ مليجرامات من الفاليوم تكفيه لتهدئته ثوراته الانفعالية وجوانب الضيق، والوصول إلى حالة معقولة من الاسترخاء والنوم، يجد نفسه تدريجياً منساقاً إلى زيادة هذه الجرعة حتى يصل إلى نفس الأثر المعتاد. ويطلق الأطباء على هذه الظاهرة ما يسمى بالتحمل tolerance لوصف التزايد التدريجي في استخدام المهدئات من جرعات صغيرة إلى جرعات أكبر.. بما يساهم في مضاعفة القابلية للإدمان أو الإعتماد على الأدوية.

ونجد أخيراً أن من الضروري النظر إلى العلاج الكيميائي على أنه أحد جوانب العلاج ولا يجب النظر إليه على أنه الوسيلة الوحيدة للتغلب على القلق والمشكلات الانفعالية. ونراه في أحسن الأحوال وسيلة للضبط الانفعالي لحين يجد الشخص القدرة على الاعتماد على خبراته ومجهوداته الذاتية، أو على أحد أشكال العلاج النفسي السلوكي ما يمكنه من مواجهة مصادر القلق والتغلب على الصراعات الشخصية والاجتماعية المرتبطة بظهوره.

كلمة عن الفيتامينات والمعادن

هل تؤدي الفيتامينات والمعادن إلى التخفيف من أعراض القلق

والتوتر ؟

هناك تضارب في الإجابة عن هذا السؤال . فهناك مثلاً من يرى أنه لا يوجد دليل حاسم يثبت أن الفيتامينات والمعادن تفيد في علاج اضطرابات القلق . بل هناك دلائل على أن بعض الفيتامينات قد تؤدي في الواقع إلى إثارة أعراض القلق وذلك مثل فيتامين (أ) (Vitamin A) الذي تبين أن تعاطيه بمفرده أو تعاطى المشروبات الأخرى التي تحتوي على كميات كبيرة منه (كالبييرة) تؤدي إلى الصداع والاستثارة .

على أن هناك وجهة نظر حديثة يتبناها الطبيب النفسى الأمريكى دوجلاس هنت (Hunt, 1988) تثبت أن الفيتامينات والمعادن تؤثر في انفعالاتنا وبالتالي طرق تفكيرنا في الأمور . ويعتقد أن هناك بعض الفيتامينات كفيتامين (ب ١) وفيتامين B2 (ب ٢B1) والكولين Choline والكالسيوم لها آثار محمودة في التخفيف من آثار الضغط الانفعالى والمخاوف، والمساعدة على النوم الهادئ .

والثيامين (فيتامين ب ١) والذي يتوفر بكثرة في الحبوب الكاملة كالقمح والأرز - يعتبر في رأيه (P. 22) غذاءً ضرورياً للتغلب على القلق خاصة بعض أنواع الخوف . ومن وظائف هذا الفيتامين أنه يساعد الخلايا على تحويل السكر إلى طاقة . ولهذا يعتبر توافر الثيامين Thiamine مرتبطاً ارتباطاً قوياً بصحة الجهاز العصبى لأنه يمدّه بالطاقة . وصحة الجهاز العصبى بدورها ضرورية للتغلب على كثير من المشكلات الانفعالية كالخوف السريع والاكتئاب وضغوط الحياة .

أما البييرتين Biotin - وهو أيضاً من أحد عناصر فيتامين (ب) - فيساعد أيضاً على التخفيف من القلق .. ولو أن ليس من المعروف حتى الآن السبب في ذلك . ويعتقد أن تأثيره المهدئ يرتبط بوظيفته الرئيسية التي تتمثل في وظيفته المهدئة التي ترتبط فيما يعتقد بمساعدة الجسم على الاستفادة بالثيامين بكفاءة .

ويمثل الكولين Choline - وهو أيضاً أحد مركبات فيتامين (ب) العنصر الثالث في قائمة الفيتامينات المضادة للقلق. يستخلص الكولين فيما هو معروف من صفار البيض، والكبد، والخميرة، والقمح. ويؤدي توافره في الجسم إلى تغليف الخلايا العصبية وحمايتها. ولهذا تؤدي كفايته إلى التخفيف من الخفقان والدوخة، واضطرابات الأبصار. ويعتبر بنفسه «مهدئاً» يصلح للتغلب على مشكلات الأرق والتوتر العصبي (Hunt, 1988) وفيتامين (ب3) (النياسيناميد)، نفس الأثر المهدئ، ولهذا يطلق عليه أحياناً اسم فالسيوم الطبيعة لتأثيره المهدئ المماثل للفالسيوم. وفيتامين (ب2) (ريبوفلافين Riboflavin) تأثير إيجابي في علاج القلق بسبب قدرته على مساعدة الخلايا على امتصاص الأوكسجين. وهو ضروري بشكل خاص في مقاومة الإرهاق، والدوخة والرعشة.

وللكالسيوم صلة قوية بعلاج الأرق. وقد تنبه الأطباء منذ زمن طويل إلى تأثيره المهدئ، ونظراً لأنه يتركز في اللبن فإن الأطباء ينصحون عادة بتناول كوب من اللبن الدافئ للمساعدة على نوم هادئ.

وفي اعتقادنا أن البحث في الخصائص النوعية للفيتامينات والمعادن قد يأتي بمستقبل جيد لبحث الصلة بين التغذية الجيدة والأمراض الانفعالية. ونعتقد من جانبنا أن هذا المبحث هام فالصلة بين نوع الغذاء والحالة الانفعالية أمر معروف وشديد الصلة.. ويلقى الآن كثيراً من البحث العلمي الهادئ لكي يبين بالضبط الصلة النوعية الخاصة بين الغذاء والحالة الانفعالية. وأن يثبت لنا بشكل خاص طبيعة الشخصية ونوع المرض وحالة القلق التي ستستفيد بأي أنواع الفيتامينات والمعادن، وإلى أن يتمكن العلم من الكشف عن ذلك، فإننا لازلنا نعتقد أن الصلة بين تعاطي الفيتامينات وعلاج القلق لا تزال صلة لم تتحدد بعد بطريقة دقيقة.

كلمة أخيرة عن العلاج بالعقاقير الكيميائية :

يشعر المؤلف أن الأساليب السلوكية والنفسية التي سيأتى ذكرها فى الفصول التالية لها فوائد أكيدة فى علاج القلق والاضطراب النفسى، ولكن لايعنى ذلك الإستغناء عن الخدمات المهنية المتخصصة التى تتطلبها بعض الحالات. ففى بعض الحالات يصبح استخدام العقاقير الطبية ضرورة ومطلب أساسى. فبعض حالات القلق تأتى مصحوبة بتغيرات مزاجية شديدة كالإكتئاب والتقلبات الوجدانية، وبعض حالات القلق تأتى بشكل حاد ومستمر قد يتعذر حياؤها السكوت والقبول بها، ومن هنا تأتى أهمية اللجوء للطبيب النفسى ومراجعته بانتظام.

وخير أنواع العلاج تلك التى يتضافر ويتعاون فى تنفيذها الطبيب والمعالج النفسى. ويخطئ من يظن بأن العلاج بالعقاقير يعتبر بديلاً للأساليب السلوكية والنفسية لأن العقاقير لاتعلم المريض كيف يغير سلوكه، وكيف يتعامل مع المشكلات المرتبطة بآثار القلق والاضطراب لديه فى داخل الأسرة أو خارجها. كما لاتعلمنا العقاقير الطبية، ولاتدربنا على المهارات التى من شأنها أن تيسر ممارسة حياتنا بطريقة سهلة وفعالة.

والخلاصة أن العلاج النفسى والعلاج بالعقاقير كلاهما مطلوب لتحقيق الفائدة المرجوة. ولهذا من المطلوب منك أن تكون يقظاً للنتائج السلبية التى قد تتطور لديك فى حالة العلاج الطبى بالعقاقير الطبية. تكلم بصراحة مع طبيبك ولا تخجل أن تعبر له عن التغيرات السلبية التى قد تملكك عند الإقتصار على أدوية معينة. فلا يوجد عقار واحد للقلق، ويمكن له أن يصف لك دواء آخر، أو أن يطلب منك التوقف عن العقار الطبى الذى تأخذه. احفظ اسم الدواء الذى تأخذه والجرعة الموصوفة لك، والآثار الجانبية التى تشعر بها.

ولاتوقف الدواء الذى تتعاطاه فجأة ودون استشارة الطبيب الذى وصفه لك . فالانقطاع عن العقاقير المضادة للقلق له طرقه الخاصة، وقد تكون له نتائج سلبية أشد إذا تم الانقطاع بطريقة مفاجئة ودون إشراف ومتابعة طبية .

وإذا كان للعلاج الطبى بالعقاقير فوائده الضرورية، فإن هذا لايعنى الإسراف والإعتماد على العقاقير وحدها . والشخص الحصيف بحق هو الذى يؤمن بحكمة التكامل بين النوعين من العلاج الطبى والنفسى، ففى غالب الأحوال لا تتحقق سعادة الإنسان ورفاهيته إلا من خلال الإنتباه للجوانب العضوية ومعالجة مشكلاته النفسية والاجتماعية سواء بسواء .

جدول عقاقير القلق : أنواعها وآثارها

الاسم الطبي الكيميائي	الإسم التجارى	الجرعات المضادة
مضادات القلق : Anxiolitics:		
ديازيبام Diazepam	فالسيوم Valuim	٢ : ١٠ ملليجرام من مرتين إلى أربع مرات يومياً
لورازيبام Lorazepam	أتيفان Ativan	١ : ٢ ملليجرام من مرتين إلى ٣ مرات يومياً
البرازولام Alprazolam	زيناكس xenax	٠.٢٥ : ١.٥ ملليجرام ثلاث مرات يومياً
برومازيبام Bromazepam	ليكسوتان Lexotan	١.٥ : ٦ ملليجرام من مرتين إلى ٣ مرات يومياً
مضادات الاكتئاب والتقلب المزاجى : Tricyclic antidepressants		
Amitviptyline, Imipramine, et, doxepin Clomipramine	إلا فيل Elavil, Amitis توفرانيل Tofranil سينوكوان Sinequan	١٥٠ : ٢٠٠ ملليجرام يومياً (البدء بـ ٧٥ ملليجرام) ١٥٠ : ٢٠٠ ملليجرام ويبدأ بـ (٧٥)
معوقات بيتا - Beta Blockers		
Atenolol Prndolol Propranolol	تينرومين Tenormin فسكين Viskin إنديرال Inderal	تختلف

الآثار الجانبية	الاستخدامات المعتادة
تتضمن الدوخة وامكانية الإصابة بالحوادث ، ليست لها نفس الآثار المهدئة علي كل الأشخاص، الاعتماد والإدمان ، ومخاطر التسمم .	كل أنواع القلق - الأرق والتوتر العضلي وتستخدم أحياناً لعلاج التشنجات العصبية anti convulses سريع التأثير
يتفاوت تأثير هذه المجموعة من العقاقير من شخص إلي آخر وقد لا يظهر تأثيرها إلا بعد فترة طويلة لها آثار جانبية متعددة تتضمن العنة الجنسية إذا ما أسيء إستخدامها .	الاكتئاب - القلق الاستباقي - نوبات الذعر والقلق الاجتماعي الوسواس والاضطرابات القهرية
تخفيض ضغط الدم مما قد ينتج عنه الشعور بالدوخة أو الإغماء ، أحياناً تسبب الاكتئاب وصعوبات في التنفس ، واضطرابات المعدة ، والتعب السريع	الاستخدامات الأصلية تتضمن تخفيض ضغط الدم، آلام القلب (angina) وعدم انتظام دقات القلب arrhythmia وحالات أمراض القلق المصحوبة بأعراض استثنائية كزيادة إفرازات العرق والنفس المتلاحق ، والتوتر العضلي والقلق العام والذعر والقلق الاجتماعي

تابع : جدول عقاقير القلق : أنواعها وآثارها

الاسم الطبي الكيميائي	الإسم التجارى	الجرعات المضادة
<u>المقومات أو المهدئات :</u> Sedatives Barbiturates Meprobamate	فينوباربيتال Phenobarbital أميثال Amytal	تفاوت
<u>مضادات الحساسية</u> Antihistamines Dipheynhydramine Hydroxyzine	باديريل Baydryl فيسطاريل Vistaril أتاراكس Atarax الارديل Allerdyi	تفاوت

الآثار الجانبية	الاستخدامات المعتادة
توصف بأنها قوية التأثير ، ولهذا فالجرعات الكثيرة منها قد تؤدي للإغماء أو الوفاة - تسبب النوم بالنهار ، وثقل اللسان (التلعثم) واضطرابات الكلام ، ويبطئ العمليات الذهنية	مضادة للقلق وجالبة للنوم ، تستخدم أحياناً للتخدير
الإرهاق ، واضطرابات ضغط الدم ، وجفاف الحلق ، صعوبات التأثر .	علاج أمراض الحساسية ، والتخفيف من أعراض القلق خاصة اضطرابات الحركة ومخاوف السفر والطيران .

الفصل الخامس

محاوِر العلاج النفسى

السلوكى للقلق

- * هل التخلص من القلق تماماً أمر مرغوب .
- * مفهوم القلق الحميد .
- * نماذج من العلاجات النفسية للقلق :
- * العلاج الطبى والعقاقير .
- * التحليل النفسى .
- * المنهج السلوكى .
- * المناهج السلوكية : الثورة المعاصرة فى العلاج النفسى .
- * محاور أربعة فى علاج القلق والتخلص من الأزمات:
- أ- المحور الموقفى : مواجهة مواقف القلق .
- ب- المحور الانفعالى : الاسترخاء .
- ج- محور التفكير : تعديل المعتقدات الذهنية الخاطئة .
- د- المحور الاجتماعى : تدريب النفس على حرية التعبير وتوكيد الذات .
- * قاسم مشترك .

لعل من الضروري أن ننبه بادية ذى بدء إلى أن العلاج الذى يهدف للتخلص تماماً من القلق أمر غير مرغوب فيه . فقد أشرنا إلى أشكال من القلق المحمود الذى يدفع للنمو الشخصى والاجتماعى وللتطور بالشخصية نحو كثير من الغايات الإيجابية . وقد أوضح «كانل» أن هذا النوع من القلق يدفع للصحة والنضوج . وأوضح «جرايست» وزملاؤه فى تقرير حديث عن القلق وعلاجه إن الاستعدادات التى تقوم بها عند مواجهة بعض التحديات أو المواقف الجديدة تعتبر دليلاً على فائدة القلق وأثاره الإيجابية على الشخصية . ففي مثل هذه المواقف تؤدي ثورة القلق إلى الاستعداد الجيد والتخطيط والتدريب المسبق ، ومن ثم التقليل من المخاطر التى قد تحيط بالكائن عندما يواجه تحديات لا يحسب حسابها .

العلاج يصبح ضرورياً فقط عندما يزداد القلق لدرجة تعوق الشخص عن التفاعل السليم وعن أدائه لوظائفه العقلية والاجتماعية بشكل فعال . وفى هذه الحالات من الضروري أن لا يتم التخطيط للعلاج أو وصف منهج علاجى محدد دون تشخيص وتقييم دقيق ، لأن القلق أنواع ، وأنواعه تتفاوت من تلك التى يمكن التخلص منها بقليل من التوجيه والتشجيع إلى تلك التى تحتاج إلى خطط علاجية تجمع بين أشكال مختلفة من العلاج النفسى والطبى والسلوكى .

هذا ولا يجب أن يترك اختيار المنهج الملائم لعلاج حالة من القلق للإجتهاد الشخصى والعشوائية ، فالعلاج الملائم يجب أن يتم اختياره وفقاً لما تثبته البحوث السابقة من فاعلية فى علاج حالات مماثلة ، وعلى كفاءة تطبيقه ، وتكاليفه وموافقة المريض عليه وتوافر المعالجين القادرين على استخدامه .

ويعتبر العلاج الطبى (كما أوضحنا فى الفصل السابق) باستخدام العقاقير المهدئة من أقدم أشكال العلاج وأكثرها انتشاراً على الإطلاق . أن

إستخدام العقاقير المهدئة قد يصلح بالفعل لعلاج بعض حالات القلق والتخلص من بعض أعراضه الشديدة، إلا أن الثابت بين الأطباء المعاصرين أن الآثار العلاجية للعقاقير محدودة بالفترة التي يتعاطى المريض خلالها الدواء، فضلاً عما تتركه من آثار جانبية سيئة خلال تعاطيها كالإدمان أو الميل إلى الإفراط. ومن الثابت أيضاً أن حالات القلق قد تتزايد عند التوقف عن التعاطي بسبب ما يسمى بأعراض الإنقطاع عن استخدام العقاقير وهي أعراض قد تتزايد حدتها وآثارها لدرجة قد يتحول خلالها القلق إلى نوبات من الإنزعاج والذعر. على أن من الشائع الآن أن استخدام العقاقير الطبية المضادة للقلق يمكن أن يتم بسلام تحت شروط معينة من أهمها: أن تستخدم لفترات قصيرة، وعند مواجهة المواقف التي يثبت التحليل التمهيدى أنها مرتبطة بإثارة القلق، وأن تستخدم مصاحبة للعلاجات النفسية والسلوكية الأخرى.

ومن أهم أنواع العلاج النفسي وأكثرها ارتباطاً بعلاج الأمراض العصبية والنفسية ما يسمى بالتحليل النفسي الذي راده الطبيب النمساوى المشهور سيجمند فرويد. وبالرغم من أن التعرض لتفاصيل هذا المنهج أمر يصعب إختصاره في إطار هدفنا هنا، إلا أن الشائع عموماً أن هدف التحليل النفسي هدف طموح ويعيد المدى فهو يهدف إلى التخلص من أعراض القلق بمعالجتها بطرق غير مباشرة من خلال الكشف عن الأسباب النفسية الكامنة وراءها. ويتم الكشف عن هذه العوامل بمناهج تحليلية محددة. ومن المعتقد بين المحللين النفسيين أن الكشف عن العوامل الكامنة وراء القلق من شأنها أن تؤدي إلى علاج أعراضه بسبب الاستبصار الذي يصل إليه المريض.

وبالرغم من أن الدعوة للتحليل النفسي قد بدأت منذ أكثر من خمسين عاماً، إلا أنه لا يزال لهذه النظرية متشيعوها ممن يؤمنون إيماناً عميقاً بأن الصراعات النفسية الكامنة هي المسئولة أساساً عن إثارة القلق،

وأن العلاج النفسي بمنهج التحليل النفسي هو المنهج الرئيسى لعلاج القلق بسبب ما يوليه من إهتمام لهذه العوامل النفسية والصراعات الداخلية. على أن أخطر ما يواجه هذه المسئلة - التى يقوم عليها التحليل النفسي - هو قلة ما تلقاه من تأييد بين العلماء المعاصرين والبحث العلمى الراهن. فلا يوجد هناك ما يثبت أن الاستبصار بالصراعات النفسية وحده يستطيع أن يؤدى إلى التغلب والتخلص من أعراض القلق الأخرى. وهناك دلائل مضادة للمسئلة التحليلية تثبت أن علاج أعراض القلق بالطرق السلوكية المباشرة من شأنها أن تؤدى إلى التخفف والتخلص من القلق بصورة حاسمة وفى فترة قصيرة نسبياً.

المناهج السلوكية

الثورة المعاصرة في العلاج النفسي :

وتعتبر المناهج السلوكية بمثابة الثورة المعاصرة التى قدمها علم النفس خلال السنوات العشرين الماضية فى العلاج النفسى. صحيح أن العلاجات السلوكية تقوم على أسس نظرية بعضها قديم - قدم فرويد نفسه - إلا أن إعتقاد هذه المناهج على الموضوعية فى البحث، والتجديد فى المبادئ النظرية، واحترام قواعد البحث العلمى المنهجى جعل من مناهجها التى طوعتها لعلاج القلق تتسم بكل المقاييس بالفاعلية والنجاح فى علاج الكثير من الأعراض والآلام النفسية المرتبطة بالقلق التى كان يستحيل - فى تصورنا - التخلص منها إذا ما تأخر ظهور هذه المناهج على المسرح العلمى والعالمى.

محاور أربعة في علاج القلق والتخلص من الأزمات

- علاجات متعددة الأوجه :

وهدفنا هنا هو أن نعرض للقارئ العربى منهجنا الرئيسى فى العلاج النفسى للقلق. وهو منهج تطورت خطوطه العريضة من خلال

سنوات من البحث والممارسة فيما يسمى بالعلاج السلوكى الذى نعتبره بمثابة الثورة المعاصرة التى قدمها علم النفس خلال السنوات العشرين الأخيرة من حياة العلاج النفسى وتطوره . وسنحاول هنا أن نعرض للجوانب الرئيسية التى يجب أن يتجه لها العلاج النفسى بصورة تمكن القارئ العام من ممارستها إذا ما استطاع أن يبذل الجهد فى مزيد من القراءات الملائمة، أو الاستشارات النفسية الموجهة.

منهجنا فى العلاج النفسى للقلق يتمثل من حيث تنوع أبعاده مع نفس نظرتنا للقلق ذاته . فالقلق يتركز - كما أشرنا على محاور أربعة: **فهناك أولاً :** الموقف الذى يثيره (إمتحان، لقاء هام، مواجهة اجتماعية حاسمة، مستقبل يتسم بالغموض والتهديد.. الخ).

وهناك ثانياً : التغيرات الانفعالية غير السارة التى تصحبه والتى تأخذ أحياناً شكل تغيرات عضوية خارجية أو داخلية أشبه بالتغيرات التى نصيبنا فى حالات الخوف كتسارع دقات القلب، والغثيان، وانقباض المعدة، وصعوبات التنفس، وتوتر عضلات الوجه، تصلب عضلات الظهر، وإزدياد اللازمات، الحركية فى الوجه أو اليدين.. الخ.

وهناك ثالثاً : الجوانب الذهنية والفكرية أى مجموعة الأفكار والحجج والمعتقدات التى يخاطب الشخص بها نفسه خلال اختباره للمواقف التى يمر بها الشخص . وتتسم معتقدات الشخص فى حالات القلق بالمبالغة، وإدراك مخاطر لا أساس لها مما أدى إلى جمهور المعالجين النفسيين بوصف فكر الشخص فى حالات القلق بالامنطقية وبالعقلانية . **وهناك رابعاً :** المظهر أو السلوك الاجتماعى الذى يصف الشخص القلق فى تفاعلاته اليومية كالخجل، والانزواء، والتردد . وتجنب الآخرين.

لأن هذه المحاور تتفق فيما بينها فى إبراز القلق وتعميقه، وتطويره فى الشخصية حتى يتحول إلى سمة دائمة فيها، فإن المواجهة للتوتر النفسى

والعلاج الفعال للقلق يجب في تصورنا أن تجسد هذه الرؤية المتنوعة فتتجه جهودنا نحو مواجهة كل جانب من هذه الجوانب الأربعة معاً أو على حدة. وفي بعض الحالات الفردية من القلق تسيطر أحد هذه الأبعاد الأربعة أكثر من الأخرى.. فقد تكون مثلاً بعض المواقف الخارجية شديدة التهديد والامتهان.. بصورة تؤدي تلقائياً إلى إثارة الإضطرابات في المناطق الأخرى من الشخصية: الانفعالية والذهنية والاجتماعية.. في مثل هذه الحالات يجب بالطبع توجيه جهداً أكبر لعلاج الجانب المضطرب قبل الجوانب الأخرى. فالعلاج الطبى بالعقاقير مثلاً يكتسب أهمية خاصة عندما تكون مصادر الإضطراب مرتبطة بزيادة النشاطات الاستثنائية الانفعالية في الجهاز العصبى. ومن ثم يكون البدء بالعقاقير المهدئة لنشاط الجهاز العصبى ضرورة، حتى نتاح لنا فرصة الانتباه للجوانب الأخرى من الشخصية بما فيها تدريب الشخص على السلوك الاجتماعى المرن والفعال، وتعويده تدريجياً على ضبط انفعالاته وقدراته على تحمل الصعاب.

خلاصة القول إذن أنه إذا كان القلق يعبر عن نفسه بلغات أربع متعددة، فإن من المنطقى أن يكون العلاج النفسى الفعال هو ذلك الذى يستطيع أن يخاطب هذه الجوانب الأربعة والتعديل والتغيير. وما سنعرضه من وسائل فنية لعلاج هذه الجوانب يمثل مجموعة من المناهج الحديثة التى تنسم بالفاعلية والنجاح وتمثل فى مجموعها منهجاً أثيراً لدينا فى علاج الكثير من حالات القلق والتوتر النفسى. وهو منهج يمكن وصفه بأنه علاج متعدد الأبعاد والمحاوِر لأن بنيته الأساسية هى علاج الاضطرابات النفسية فى جوانبها الاجتماعية، والانفعالية، والسلوكية ومصادر التهديد الخارجية مجتمعة.

لغة الصحة : المواجهة والتجرؤ وليس الانسحاب والهروب :

من المعروف أن نسبة كبيرة من الناس تسير مع القول الشائع «ما

يأتىك منه الريح سده واستريح،، وجريا مع هذا القول يستجيب الناس للقلق بمحاولات انسحابية وهروبية وذلك بتجنب المواقف التى يدركونها على أنها مصدر للقلق والإنزعاج. ويرتكب الناس بهذا السوك «التجنبى» الهروبى خطأ كبيراً من حيث لغة الصحة النفسية. فهناك مايشير إلى أن الهروب من المشكلات يبعد الشخص عن البحث النشط للحلول الإيجابية والفعالة، وهناك أيضاً ما يشير إلى أن تجنب المواقف التى تثير القلق.. يضيق تدريجياً من فرص الشخص فى النمو، ويؤدى فى النهاية إلى نتيجة معاكسة من حيث زيادة الاضطراب الانفعالى والتوتر. بعبارة أخرى فإن حل المشكلات بالهروب منها بدلاً من مواجهتها لا يكون علاجاً إلا فى المواقف التى يصعب تكرار تعرض الشخص لها وهى نادرة للغاية. ولهذا يعتبر ما يسمى بطريقة «التعويد» Habituation التى ولجت حديثاً ميدان العلاج النفسى السلوكى من أنجح الفنيات والأساليب العلاجية للقلق. ويستخدم هذا الأسلوب لتشجيع العصابى على مواجهة مواقف القلق إلى أن تتحيد مشاعره نحو هذه المواقف وتتناقص استجاباته الإنفعالية المتطرفة نحوها.

ويتم أسلوب التعويد بإستخدام المنهج التدريجى. ويتم العلاج التدريجى من خلال تعريض الشخص تدريجياً، وخطوة بخطوة للمواقف التى ندركها على أنها مثيره للقلق والخوف. ومن رأى «جوزيف ولبى» Wolpe - الطبيب النفسى المعروف - أن التعرض التدريجى للمواقف المثيره للقلق - إذا ما استخدم مع أساليب أخرى كالإسترخاء العضلى - من شأنه أن يؤدى إلى تبديد القلق واختفاء الكثير من مخاوفنا اللامنطقية من مواقف الحياة المختلفة. وقد أثبت «لازاروس» - الذى ساهم مع «ولبى» فى كتاباته المبكرة ثم انشأ عليه فيما بعد - أن التعرض التدريجى وحده كفيل بأن يؤدى إلى نتائج علاجية ناجحة.

وقد أمكننا حديثاً أن نستخدم هذا الأسلوب بنجاح مع محاضرات شاب بإحدى الجامعات العربية - إثر عودته من الخارج - للتغلب على القلق الشديد الذي كان ينتابه قبل الدخول لمحاضراته. وقد اعتمدت خطتنا في ذلك على تعريفه بقواعد هذا المنهج وبوضع قائمة متدرجة بالمواقف المثيرة لقلقه بدءاً بأقلها إثارة للتهديد (اسبوع قبل الدخول للمحاضرة) حتى أشدها ارتباطاً بالقلق (الدخول للقاعة وتحية الطلاب وبدء الحديث عن موضوع المحاضرة). لقد أمكننا بتدريبيه على أداء كل موقف بثقة إلى التقليل من توتراته الهائلة وتحديد انفعالاته نحو هذه المواقف خطوة خطوة. وجاء بعد ذلك تدريبيه المستمر على الاستعداد للمحاضرات وللمواقف الاجتماعية المماثلة بما في ذلك النقاط التي ستعرض وحتى الأسئلة أو التعليقات المرحلة التي سيملاً بها الثغرات بين النقاط العريضة للمحاضرة، وجاء بعد ٤ جلسات ليعبر عن مدى سروره لأول مرة في حياته - على الدخول للمحاضرة والاستئناس بطلابها وتكوين علاقات إجتماعية سهلة معهم.

وعادة ما يستخدم أسلوب آخر مصاحباً للتعرض التدريجي وهو الاسترخاء العضلي (*). فمن المعروف أن القلق عادة ما يكون مصحوباً بتوترات عضلية. ومن المعروف أن كل الناس تقريباً تستجيب للقلق بزيادة في الأنشطة العضلية فتتوتر العضلات الخارجية كالوجه، والجبهة، والرقبة والمفاصل. كذلك تتوتر حتى عضلات الأعضاء الداخلية كالمعدة. وقد يكون هذا التوتر مؤقتاً ومشروطاً بالمواقف الباعثة على القلق، ولكنه قد يتحول إلى خاصية دائمة في الشخصية. وتعتبر الحركات اللاإرادية في اليدين والذراعين واللوازم القهرية في الفم والعينين، والابتسامات غير

(*) يقصد بالاسترخاء المحافظة على عضلات الجسم في وضع سلبي وبالتقليل العمدي من النشاط في أعضاء الجسم (انظر بعض التمارين في كتابنا: العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث كذلك في الملحق المرفق في نهاية الكتاب).

الملائمة.. وقضم الأظافر، وشد شعر الحاجب أو الرأس كلها من العلامات الدالة على التوتر بهدف التخفيف من الانفعال والقلق. ولهذا تزداد الشكاوى في حالات القلق من الصداع وآلام الظهر، وسوء الهضم بسبب ارتباط هذه الشكاوى بالتوتر العضلي والاستثارة العضوية الزائدة.

ويابتكار أسلوب الإسترخاء التدريجي لعضلات الجسم عضوا عضوا، أمكن التخفيف من التوترات النفسية والقلق. ولهذا نجد أن مجرد الاسترخاء العادي بالرقاد على أريكة، والجلوس في مكان هادئ مريح قد يؤدي إلى آثار وتغيرات انفعالية ملطفة.

أما عن كيفية إجراء الاسترخاء، فإنه يتطلب ضرورة أن يبدأ تدريب عضلات الجسم عضوا عضوا.. إلى أن يشمل الاسترخاء الجسم كله. وبالطبع يجب أن يشمل التدريب على الاسترخاء، إرخاء تلك العضلات المرتبطة بالتوتر والتي من أهمها اليدين والرسغ والجبهة، والوجه، ومنطقة الفم والرقبة والكتفين ومنطقة البطن والمعدة.

وللتأكد من نجاح التدريب على الاسترخاء وللإحساس بفائدته يستحسن أن يتم تدريب كل عضو على الاسترخاء من خلال الإثارة العضوية للتوتر فيه.. أي من خلال عملية شد - استرخاء لكل عضو. والهدف من ذلك هو إطلاع الشخص المصاب بالقلق على المشاعر التي تصاحب كل عنصر من الشد والاسترخاء. ومن الأفضل أن تكون أفكار الشخص كلها مركزة في الجسم بتشجيع المريض بين الحين والآخر على التركيز في جسمه فقط، وأن لا يتجول بأفكاره بعيداً عن موقف الاسترخاء. ولكي يتحقق أكبر قدر ممكن من النجاح يستحسن أن يكون الاسترخاء مصحوباً بتخيلات هادئة.

وبالرغم من أن التدريبات الأولى على الاسترخاء تحتاج لبعض الوقت أي من ٢٠ دقيقة إلى ٤٥ دقيقة حتى يكون بإمكان الشخص اتقان

الاسترخاء، فإن النجاح التدريجي والتدريب المكثف عليه ينتهي بالشخص إلى الدخول في استرخاء عميق بمجرد ترديد كلمة «أنا الآن مسترخي».

وفضلاً عما للاسترخاء من آثار انفعالية مهدئة بشكل عام، فإنه يستخدم كمصاحب لأسلوب العلاج التدريجي السابق، وذلك بإثارة الاسترخاء في كل موقف من المواقف التي تعبر عن درجة معينة من القلق أو التوتر.. ويستخدم أسلوب الاسترخاء أيضاً للتغيير المتعمد من الاعتقادات الخاطئة التي يتبناها المريض وتكون أحياناً سبباً رئيسياً من أسباب إثارة القلق، بحيث يمكن للشخص أن يفكر بصورة عقلانية هادئة. كذلك يمكن استخدام منهج الاسترخاء بنجاح في علاج حالات الضعف الجنسي، والقذف السريع من خلال إرخاء النصف الأسفل من الجسم في الدقائق السابقة على الاتصال الجنسي.

ويفضل ستامفل Stampfle أن يكون التعرض لمصادر التوتر بطريقة كلية وبإطلاق الانفعالات وتفجيرها ومرتبطة بكل الثورات الانفعالية المصاحبة لها. ويستخدم بهذا الصدد أسلوباً معروفاً يطلق عليه *العمر الإنفعالي* Flooding أو التفجير العلاجي Implosive. وبالرغم من أن منهجه يبدو للوهلة الأولى مخالفاً لقواعد التعرض التدريجي، فإنه يقوم على نفس البديهة التي تحبذ المواجهة بدلاً من التجنب. وتتلخص هذه الطريقة في تشجيع المريض على تخيل الموقف المهدد في أقصى صورته الممكنة ولأطول فترة. ويثبت «ستامفل» أن التعرض المباشر لمواقف القلق لفترات طويلة بأعمال الخيال والتصور الذهني الحى - من شأنه أن يؤدي إلى التخفف تدريجياً من القلق المصاحب لهذه المواقف إلى أن يتلاشى تماماً. إلا أن أيزنك - من بريطانيا - يثبت أن التعرض للمواقف المهددة في كليتها تؤدي بالفعل إلى التخفف من القلق إذا استمر هذا التعرض لفترات طويلة لكنه قد يؤدي إلى نتائج عكسية إذا تم لفترات قصيرة ومفاجئة. ولهذا - وتأكيذاً لنظرية أيزنك - نجد أن العصائيين (الذين تتسم

حياتهم بالقلق الدائم) غالباً ما يتجنبون اللقاءات العارضة المفاجئة بسبب ما تثيره لديهم من توترات عنيفة، ولكنهم يقدرّون على مواجهة هذه المواقف إذا ما أُتيحت لهم فرصة كافية من الاستعداد والتهيؤ.

وكلا الطريقتان - التدريجية والكلية - تهدفان - على أية حال إلى التغلب على مصادر التوترات الخارجية بالتقليل من القلق والصراعات المصاحبة لها. إلا أن التعرض التدريجي - فيما تبين خبرتنا الأكلينكية - يصبح ذا فاعلية أكثر عندما تكون مصادر القلق معروفة وعندما تكون الاستجابة لها حادة وتصل لما يسمى بالفرع. في مثل هذه المواقف تصعب المواجهة بالغمر الانفعالي، ونجد أن المرضى أنفسهم يقاومون ذلك المنهج إلا إذا كان بالإمكان استخدام بعض المهدئات الطبية كتمهيد للدخول في العلاج. على أن فوائد العلاج بالغمر تكون ملموسة خاصة في الحالات التي يتحول فيها القلق إلى طقوس وأفعال قهرية أي ما يسمى بلغة علماء النفس المرضى حالات عصاب الوسواس القهري (اللوازم الحركية والرعشات اللاإرادية، النظافة المبالغة فيها.. الخ). ولهذا نستخدم هذا المنهج في علاج حالات التهته، الرعشات اللاإرادية، في اليدين أو مناطق الوجه، قضم الأظافر، طقطة الأصابع.. الخ. في مثل هذه الحالات وعندما تفشل محاولات الضبط المعقدة، يجب تشجيع الشخص على إثارة هذه الجوانب من السلوك بدلاً من محاولة تجنبها وأن يطلب منه أن يستمر في ممارستها إرادياً لفترات متكررة يومياً.. مثلاً عشر مرات أو أكثر في اليوم لمدة ١٥ دقيقة. لقد تمكنا باستخدام هذا الأسلوب من مساعدة أحد المرضى على التخلص من ارتعاشات غير إرادية محيطة بمنطقة العين اليمنى خاصة في مواقف التوتر الاجتماعي. لقد طلبنا منه أن يمارس عمداً هذه الارتعاشات في منزله لمدة عشر مرات يومياً تستغرق كل منها ١٥ دقيقة يقوم خلالها بإثارة هذه الارتعاشات بأكبر قدر ممكن. وقد كانت دهشته بالغة عندما

لاحظ وجود تناقص ملحوظ بعد يومين فقط من العلاج، إلى أن اختفت هذه الحركات القهرية تماماً بنهاية الأسبوع الثاني.

عندما يكون القلق تعبيراً عن التوتر وتطرف الانفعالات :

وعندما يكون القلق هو التعبير المباشر عن الانفعال الشديد، والتوتر العضلي ووراثية جهاز عصبي سريع الاستثارة (المحور الانفعالي)، فإن العلاج الطبى بإستخدام العقاقير المهدئة يعتبر من أكثر أشكال العلاج وأكثرها إنتشاراً على الإطلاق. فمن شأن بعض الأدوية المهدئة أن تساعد بالفعل على تهدئة ثورة الانفعالات الداخلية.

لكن العلاج بالعقاقير ليس علاجاً نفسياً، ومن المعروف كما شرحنا أن هناك آثار جانبية سيئة كالإدمان، أو الإفراط يمكن أن تتطور لدى المريض خاصة إذا لم يكن تحت إشراف طبى مباشر، فضلاً عن هذا فإنه من المعروف أن حالات القلق قد تعود حالما يتوقف الشخص عن التعاطى. ولهذا فإننا نجد- من جانبنا أن بالإمكان مواجهة الجانب الانفعالي من القلق بمنهج سلوكية من أبرزها مايسمى بمنهج الاسترخاء. ولا أود أن أدخل فى تفاصيل هذا المنهج وطريقة استخدامه وكيفية تطبيقه فقد عرضنا لها فى كتابين مبكرين ننصح القارىء بالرجوع لهما. (١) العلاج النفسى الحديث، سلسلة عالم المعرفة، الكويت - (٢) علم النفس الأكلينيكي. دار المريخ بالرياض. لكننا نؤكد هنا أن الاسترخاء العضلى بطريقة منظمة عضلة فعضلة قد أصبح الآن منهجاً أثيراً للتغلب على التوترات العضلية المصاحبة للقلق. إن هناك الكثير من الأعراض البدنية المصاحبة للقلق أصبح الآن ممكناً علاجها بهذا المنهج بما فيها الصداع، وآلام الظهر وخفقان القلب، وارتفاع ضغط الدم، وآلام الساقين والذراعين وغيرها من الشكاوى الدالة على التوتر العضلى والنشاط العضوى المفرط. لهذا نجد أحياناً أن مجرد الاسترخاء العادى بالرقاد على أريكة أو الجلوس فى مكان مريح هادى قليل الإضاءة والضجيج من شأنه أن يؤدى إلى تغيرات

انفعالية ملطفة .

وفضلاً عما للإسترخاء من آثار انفعالية مهدئة بشكل عام فإنه يستخدم بمصاحبة العلاج التدريجى للتغلب على ما تسببه المواقف الخارجية من توترات وصراع. وهناك ما يؤكد فاعلية هذا المنهج فى علاج حالات القلق الجنسى كالفذف السريع، وضعف الانتصاب عند الذكور وذلك بإرخاء الأجزاء السفلى من الجسم والساقين فى الدقائق الأولى السابقة على الاتصال الجنسى .

وللمعتقدات الخاطئة وأسلوب التفكير دورهما :

لكن التوترات النفسية والقلق لا يمكن عزلهما عن الطريقة التى يفكر بها الشخص وعما يحمله عن نفسه وعن المواقف التى يتفاعل معها من آراء ومعتقدات. ولهذا نجد أن «اليس» و «بيك» الأمريكان يشيران بوضوح إلى أن القلق العصابى يعتبر نتيجة مباشرة للطريقة التى يفكر بها الشخص فى نفسه وفى الخارج وليس بالضرورة لخصائص خارجية مهددة .

لقد أطلقنا على هذا الجانب من القلق: المحور الذهنى وهو محور يحظى بإهتمامنا خاصة عندما يكون الشخص من النوع الذى يتميز تفكيره بالمبالغة، وتوقع الخطر والانهيال والكوارث. ولعلاج هذه الجانب يتجه الاهتمام إلى تشجيع الشخص على التفكير بواقعية فى الموقف وفى نفسه وفى امكانياته . ويقترح «مايكنباوم» Meichenbaum من كندا أن من أنجح الوسائل للتغلب على التفكير الانهزامى للشخص فى حالات القلق هى أن ننبيهه إلى الأفكار والآراء التى يرددها بينه وبين نفسه (المونولوجات) عندما يواجه موقفاً يتسم بالتهديد. إن من رأى هذا العالم أن القلق الذى ينتابنا من المواقف المختلفة يعتبر نتيجة مباشرة لما نقوله لأنفسنا وما نقنع به ذاتنا من أخطار وكوارث. ولهذا فهو يقترح منهاجاً يقوم على تعديل محتوى ما

يقوله الشخص لنفسه في المواقف التي يراها مهددة لنفسه وأمنه وفق ثلاث قواعد رئيسية :

(١) أن تقنع نفسك بأن الخوف والهلع الذي يسيطر على مشاعرك عند التفكير فيما قد يحدث من أشياء سيئة بأنك لن تحول الموقف إلى أسوأ مما هو عليه بالفعل بتفكيرك المبالغ فيه وتهويلاتك.

(٢) إقناع النفس بشتى الوسائل الممكنة أن الموقف الذي يثير مخاوفك الآن سينتهي حتماً.

(٣) القاعدة الثالثة هي أن تقبل بحقيقة أن التخلص من كل المشاعر المكدره، والتوترات المرتبطة بالقلق تماماً أمر صعب. إذ لا بد أن نقبل بعض جوانب التوتر مؤقتاً.

وثمة طرق أخرى لمواجهة أخطاء التفكير وتعديل الاتجاهات الانهزامية نحو النفس بين القلقين. فالحوار المنطقي الهادئ مع النفس، ودحض الأفكار الخاطئة التي تثير المخاوف والاكتئاب، وتحصيل معلومات دقيقة عن المواقف التي نعتقد أنها مهددة، وتجنب التفسير السلبي للمشاعر التي يحملها الآخرون عنك، وتعويد النفس على التفكير في نقاط القوة عند التصدي لحل المشكلات الاجتماعية والعاطفية.. كل ذلك ينطوي دون شك على إمكانيات هائلة في تعديل الاضطراب النفسي والقلق.

تدريب النفس علي الحرية والتلقائية الاجتماعية :

أما من حيث الجانب الاجتماعي، فمن المعروف أن السلوك الاجتماعي للشخص القلق يتسم بخصائص تتذبذب بين أقطاب متعارضة كالإنصياع الشديد، والعدوان، الخجل والإندفاع، التحدي أو تجنب المشاكل والهروب منها. وقد بينا في إحدى كتبنا المبكرة عن العلاج السلوكي أن هذه الجوانب بالرغم من التناقض الظاهر بينا يمكن فهمها في ضوء ما يتسم به السلوك العصابي للقلق من قيود انفعالية تكبل تلقائيته وحريته في

الاستجابة للمواقف المتعارضة.

ونجد في الوقت الحالي - أدلة قوية تثبت أن تدريب الشخص على التعبير عن مشاعره بحرية من خلال التصرفات السلوكية والاجتماعية الملائمة من شأنه أن يؤدي إلى تضاؤل القلق بشكل ملحوظ. ويحظى هذا الجانب بإهتمام كثير من المعالجين، ويمثل أحد الفصول الهامة في كتب العلاج السلوكي الحديثة. ويدرس تحت عناوين مختلفة منها تأكيد الذات، أو تدريب القدرة التوكيدية، أو التدريب على الحرية الانفعالية. ويقوم هذا المنهج على بديهية علمية قوامها أن تدريب النفس على التعرض للمواقف الاجتماعية المثيرة للخوف والانفعال والقلق وأنت تعرف مسبقاً ما الذي ستقوله فيها، وكيف تتصرف خلالها، وإدراكك لحقوقك والتزاماتك إزاء هذه المواقف، من شأنه أن يجعلك أكثر هدوءاً وقدرة على التحكم في إنفعالاتك عند مواجهتك إياها بالظهور بالمظهر الملائم.

فضلاً عن هذا، إن كثيراً من العلاقات الاجتماعية تتطلب اتصالاً إيجابياً نشطاً بالآخرين، ولهذا فإن العلاقات الاجتماعية السليمة تحتوي على مزيج من الانفعالات المتنوعة بما فيها الغضب أحياناً، تبادل مشاعر الحب والود أحياناً أخرى، اللوم، الإعجاب، الضيق. ومن المعروف أن قدرة الشخص القلق على تبادل المشاعر نقل في المواقف الاجتماعية نتيجة لما يؤدي إليه القلق من قيود وعجز. ولهذا نجد أن الشخص في مواقف القلق يقمع رغبته في التعبير عن مشاعره الحقيقية، ويكتم معارضته أو قبوله أو يرغم نفسه على قبول أشياء لا يحبها، أو يهرب من أشياء يحبها.. ومن ثم تجيء أهمية تدريب الشخص على التعبير عن الانفعالات بجوانبها الإيجابية (الحب والإعجاب مثلاً) والسلبية (الغضب والعدوان والرفض). إن حرية التعبير عن الانفعالات والقلق لا يجتمعان معاً. ويتعارض التعبير بحرية عن الانفعالات بما يتسم به من تلقائية، مع القلق والعصاب بما فيهما من قيود.

ويتم تدريب القدرة على حرية التعبير الإنفعالي بأساليب أخرى متنوعة منها مثلاً التدريب على تنطيق المشاعر أى التعبير عن أى انفعال بكلمات صريحة منطوقة. وينصح المعالجون أيضاً بأن يتشجع الشخص على إحداث استجابات بدنية ملائمة للإنفعال، فإستخدام الإشارات والحركة الرشيقة، وتشكيل ملامح الوجه بطريقة ملائمة، والإحتكاك البصرى المناسب من شأنها جميعاً أن تتضافر لإحداث الثقة بالنفس فى مواقف التفاعل الإجتماعى بما يخفف من آثار القلق والإضطراب.

ويثبت «باندورا» من جامعة ستانفورد أن كثيراً من إستجاباتنا المرضية والسوية تكتسب بفعل مشاهدة الآخرين والتأثر بهم أى القدوة. ولهذا فإن من الممكن تدريب القدرة على التوكيدية واكتساب المهارة الاجتماعية الضرورية للنجاح من خلال ملاحظة الآخرين أو الاقتداء بهؤلاء الذين تتوافر فيهم هذه القدرات بشكل واضح. ولهذا فإن من الثابت أن القلق يختفى فى بعض المواقف الاجتماعية المهددة (مقابلة شخصية للعمل مثلاً) عندما نسمح للشخص بأن يشاهد أشخاصاً يؤدون هذا الموقف بنجاح فى أفلام أعدت خصيصاً لهذا الغرض. ومن ثمة قد نستخدم ما يسمى بأسلوب تمثيل الدور قبل حدوث الموقف (لعب الأدوار) كطريقة من العلاج. فإذا تأتى للشخص أن يقوم بتخيل المواقف المهددة، ثم أن يمثل بنفسه - أو أمام معالجة - الموقف كما يوده أن يحدث، مرات ومرات حتى يتقنه، فإنه سيكتسب كثيراً من القدرات التى ستمكنه من مغالبة القلق عند المواجهة الفعلية للمواقف المهددة. ويلقى بعض الأشخاص صعوبة فى تمثيل الأدوار الدالة على الثقة بالنفس، وإعطاء الأوامر، والتعبير عن الذات والمشاعر بوضوح لكنها تستحق ما يبذله المريض فيها من جهد، بسبب نتائجها الإيجابية على الشخصية والسلوك الاجتماعى الماهر.

قاسم مشترك :

إن الأساليب التى عرضناها حتى الآن تتضافر جميعها فى مبدأ عام

وهو أن مغالبة القلق تأتي بالتعرض وليس بتجنب المواقف والأفكار المثيرة للقلق حتى نعتاد عليها. ولهذا فإن من بين كل تيارات العلاج النفسى منذ قرون نجد أن من أنجحها هى تلك التى تخطط للتعرض وتشجع على مواجهة مواقف القلق. إن مخاوفنا ومصادر القلق لدينا ستختفى ما أن نواجهها بتصميم. وكل هذه الطرق التى أشرنا إليها سابقاً ماهى إلا طرق لمواجهة القلق والتعرض له فى الجوانب الأربعة التى سبق الإشارة إليها. ولهذا فإننا نضع بعض التوجيهات :

- التعرض لمواقف القلق مطلب ضرورى للصحة. وسواء تم هذا التعرض من خلال تخيل هذه المواقف، أو من خلال الدخول فيها بشكل فعلى، فإن النتيجة واحدة.

إلا أن من الأفضل أن يتم تعرضنا بطريقة تخيل هذه المواقف ثم أن ننتقل بعد ذلك للمواقف الفعلية المرتبطة بإثارة القلق.

- كلما كان التعرض للمواقف الإنفعالية مبكراً ولفترات طويلة كلما كان تأثيره أنجح، فمن الأفضل مواجهة الخطر منذ البداية والاستمرار فى مواجهته حتى يتلاشى دائماً.

- إن القلق الذى يحدث خلال العلاج فى المواقف التدريجية أو مواقف التفجير الإنفعالى لا يؤدي عادة إلى نتائج أو مضاعفات. ولأزال بعض الأطباء والمعالجون حتى الآن يترددون فى السماح لمرضاهم بالدخول فى مواقف تثير القلق خوفاً من الإصابة بمشكلات إنفعالية. لكن هذا غير صحيح ولا يوجد ما يدل على حدوث هذه المضاعفات. بل يوجد ما يدل على أن نوبات الفزع التى تتم فى المواقف الفعلية من خلال التعرض للخطر فى موقف العلاج تكون أقل من السابق. وهناك ما يدل على أن إثارة القلق بشكل مقصود فى مواقف التدريب والعلاج النفسى لا يؤدي إلا إلى تقليد باهت لنوبات الفزع الحقيقية التى

تصيبنا في هذه المواقف الفعلية . حتى وإن حدث القلق بشكل مقصود فإنه عادة ما يتم في مثل هذه المواقف في ظل شروط آمنة.. وفي جو من الاسترخاء من شأنه أن يبعث على الطمأنينة التي يتعارض ظهورها مع القلق.

الفصل السادس

القلق في حياة أطفالنا

- * الطفل العصبي .
- * فئات من الاضطراب النفسي لدى الأطفال .
- * أسر تصنع القلق وتطور العصاب لدى أبنائها .
- * قائمة بالأخطاء التي تمارسها الأسر الصانعة للقلق .
- * عندما يتحول القلق إلى اضطراب دائم: العلاج السلوكي .

أساليب من علاج القلق بين الأطفال :

- * المواجهة التدريجية .
- * تأكيد ثقة الطفل بالنفس والبيئة .
- * الاقتداء بالنماذج الصحية .
- * تشجيع وتنمية المهارات الاجتماعية .

(*) كلمة أطفال هنا لا تقتصر على فئة زمنية محددة وتمتد لتشمل الأطفال منذ الولادة حتى بداية المراهقة .

الطفل العصابي :

يجب بادىء ذى بدء أن نتحاشى التسرع والعجلة فى وصف طفل معين بالقلق والإضطراب النفسى . فمن الأيسر الحكم على الراشد بالاضطراب وعدم النضوج بسبب تصرفاته «الطفلية» ، ولكن ما لا تقبله بين الراشدين من صفات «طفلية» غير ناضجة ، هى عين ما نتوقعه بين الأطفال . لذلك وجب التريث والحذر الشديد عند التعامل مع مشكلات الطفل لأنها قد تكون شيئاً مقبولاً ومناسباً لعمره وما يتطلبه فى هذه المرحلة من تغيرات فكرية ، وانفعالية ، واجتماعية . إن التغيرات التى نلاحظها - على سبيل المثال - بين الأطفال وهم يشرفون على المراهقة بما فيها من التصرفات الانفعالية ، والميل للجدل ، والإكثار من الميل للوحدة والخصوصية فى داخل المنزل ، أمر لا ينفك عن شذوذ أو اضطراب بمقدار الميل للاستقلال فى هذه المرحلة من العمر . ويجب أن نقبل - بنفس المنطق - ما يصدر عن أطفالنا فى المراحل المبكرة من العمر وحتى السنة الخامسة من تصرفات تتسم بالحركة السريعة والتشتت وحتى بعض جوانب التدمير والتخريب على أنها تطور طبيعى لامكانيات الطفل وإصراره على اكتشاف البيئة وحب الاستطلاع ، وليس علامة على العدوان والحركة المرضية ، والمشاكسة أو القلق المرضى والعصاب .

فضلاً عن هذا ، فإن غالبية مشكلات الطفل لا تنتج عن الاضطراب بمقدار ما تصدر عن عدم الخبرة ، والسذاجة ، والجهل . ومن ثمة وجب أن لانسى عند تعاملنا مع الطفل أن تصرفاته التى تثير قلقنا عليه تصدر من كائن لم تتح له - كما أتيج لمن هم أكبر سناً - فرص التعلم والممارسة والتفاعل بجوانب متنوعة من الحياة الاجتماعية . وسنرى فيما بعد ، أن أجزاءاً كبيرة من مناهج العلاج النفسى بين الأطفال يجب أن تركز على إعطاء المعلومات الدقيقة والمفصلة عن كيفية السلوك السليم وما تتطلبه العلاقات الناضجة من شروط .

خاصية ثالثة، تتطلبها الحاسة الذكية عند التعامل مع سلوك الطفل، وهي أنه لا يمكن الحكم على سلوك الطفل بمعزل عن سلوك المحيطين به. فمن المعروف أن الغالبية العظمى من اضطرابات الأطفال تعتبر تعبيراً مباشراً عن اضطرابات البالغين أنفسهم. ولهذا فمن المعروف أن المشكلات بين الأطفال تتزايد مع تزايد الصراع الأسري، والإهمال وقدم الطفل من أبوين مشغولين بمشكلاتهما الشخصية لدرجة تعوق قدرتهما على إحسان التربية.

هل معنى هذا أنه لا يوجد طفل مضطرب ؟

بالطبع يوجد أطفال مرضى، فالإضطراب بين الأطفال من الحقائق التي يثبتها البحث العلمي، بل إن من المعروف الآن أن الإضطرابات النفسية بين الأطفال تتزايد تزايداً مخيفاً.

وهناك دراسة حديثة، تثبت أن هناك ما يقرب من ٣٧٪ من الأطفال في المدارس عبروا بوضوح عن مشاعر مرتبطة بالحزن وجوانب من السلوك ترتبط بالإكتئاب والقلق. وهناك دراسة أخرى حديثة، أشارت إلى أن نسبة ١١٪ من الأطفال في الولايات المتحدة (من ٦ إلى ٨ مليون طفل) تعاني من اضطرابات نفسية تحتاج للعلاج. ومن المؤكد أن النسبة ستزيد عن ذلك إذا ما ضممنا لهذه الفئة نسبة الأطفال التي تعاني من الاضطراب الذي لم يشتد لدرجة تأثير الحاجة للعلاج. أما في مجتمعاتنا العربية، فإنه لا يوجد للأسف ما يمكننا من تقدير نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين أطفالنا بكل دقة، إلا أننا نعتقد أن النسبة لا تختلف عن ذلك إن لم تكن أكثر نتيجة لاختفاء الخدمات النفسية المنظمة للأطفال في البلاد العربية.

والآن وقبل الدخول في العوامل المرتبطة بالاضطراب النفسي بين الأطفال كيف يمكن أن نستدل على وجود طفل مضطرب انفعالياً أو عصابياً ؟

كثيرون كتبوا عن الاضطراب الانفعالي بين الأطفال، وكثيرة - لهذا - الخلافات بين هذه الآراء فيما يتعلق بتحديد الصفات الدالة على الاضطراب الانفعالي. وفي رأينا أن الاضطراب الانفعالي والعصابي بين الأطفال يمثل فئة رئيسية من أربع فئات أخرى من الاضطراب النفسي العام بين الأطفال.

فهناك أولاً هذه الفئة من الأطفال التي يتجه الاضطراب لديها إلى الانحرافات السلوكية الموجهة ضد الآخرين أو ممتلكاتهم وتأخذ شكل العدوان، وإيقاع الأذى بالآخرين أو بممتلكاتهم، والاندفاع، وعدم التعاون، وإثارة الغيظ. صحيح أن العدوان بين الأطفال..... شيئاً طبيعياً، بل ويجب أن نشجع عليه الطفل أحياناً لكي نتيح له فرصة التعامل مع الضغوط الخارجية، إلا أنه يؤدي في أحيان كثيرة إلى الهروب من المسؤولية وتجنب المنافسة السليمة. ولهذا يجب الانتباه لهذا الجانب عندما يكون العدوان غير ملائم للموقف، وعندما يكون صادراً كنتيجة مباشرة للعجز عن تحمل الضغوط والمسؤولية.

وهناك فئة ثانية من الأطفال المضطربين ممن يأخذ لديهم الاضطراب مظهر الانحراف الاجتماعي كالكذب، والادعاء، والسرقة، والولاء لجماعات جانحة تشجعهم على الجريمة، والإدمان وغيرها من الانحرافات الاجتماعية والجنسية.

ويتبلور الاضطراب عند أشخاص الفئة الثالثة في شكل ما يسمى بالافتقار للمهارات التكيفية. وأشخاص هذه الفئة يتميزون بشكل عام بعدم النضوج والعجز عن إكتساب المهارات الاجتماعية والتكيفية المناسبة لأعمارهم. ولهذا ينتشر بينهم الشرود، وتنتشر بينهم أحلام اليقظة، والسلبية والتفكاس، وعدم تحمل المسؤولية والعزوف عن النشاط الموجه والإيجابي. وهناك أخيراً **الطفل العصابي** وهو الطفل المثقل بالهموم والقلق.

وتبين الدراسات أن أشخاص هذه الفئة تنتشر بينهم المخاوف المرضية من أشياء خارجية كالظلام، أو الحيوانات، أو الوحدة، وتشيع بينهم أعراض أخرى كعدم الثقة بالنفس، والإحساس بالضآلة، والانسحاب بالخل الشديد. صداقاتهم قليلة، وحساسيتهم مفرطة وتسود بينهم أيضاً علامات الاكتئاب والتعاسة وعدم الرضا عن النفس بشكل عام.

هذه هى فيما يبدو أهم الأمراض الشائعة بين الأطفال، ويلاحظ أن تقسيمها لفئات لايعنى أنها مستقلة تماماً عن بعضها البعض الآخر. فهذه الفئات تتداخل فيما بينها مما يجعل هذا التقسيم ضرورة تثيرها متطلبات التبسيط العلمى من أجل الدراسة، واستنباط العلاقات التشخيصية واقتراحات العلاج.

ونظراً أن لكل فئة من هذه الفئات متطلباتها واحتياجاتها الخاصة من حيث الرعاية النفسية والعلاج النفسى، فإن تركيزنا فى هذا السياق سيكون على أشخاص الفئات الرابعة أى الطفل العصابى الذى تتسم حياته بالقلق، والتعاسة وعدم الثقة بالنفس.. الخ.

وعادة ما يتطور العصاب بين الأطفال - مثل البالغين - نتيجة لإلتقاء عدد من العوامل من أهمها :

- وجود حساسية مفرطة تجعل الطفل مستهدفاً للخوف السريع والانفعال الشديد وغالباً ما تتم هذه الحساسية عن استعدادات وراثية.

- التعرض لصدمات مبكرة أو خبرات سيئة كالمرض، أو الاعتداء الجسمى أو الجنسى أو وفاة أحد الوالدين، ومن المعروف أن الانتقال لبيئة جديدة والبعد عن الأصدقاء القدامى يشكل عاملاً صدمياً لاينبغى تجاهله بين الأطفال.

- عوامل خاصة بالتعلم الاجتماعى أى أساليب التنشئة الوالدية

للطفل . فمن المعروف أن العصابى الطفلى يرتبط بوجود والدين
يكثران من النقد، أو الحماية المفرطة، ويقللان من أهمية
إمكانيات الطفل وانطلاقه .

- وهناك أيضاً الفشل الأسرى فى امداد الطفل بالرعاية اللازمة فى
الوقت الملائم . فمن المعروف أن الطفل الذى يتعرض للفشل
المتكرر ولا يجد من يشد أزره أو يعينه على مواجهة الإحباط،
وتعلم خبرات جديدة تساعد على النجاح عادة ما يتطور إلى
القلق والانسحاب والاكتئاب والهروب .

أسر تصنع القلق وتنتج القلق

قائمة بالأخطاء السلوكية وبدائلها فى الأسر العصابية :

أياً ماكانت مصادر السلوك العصابى بين الأطفال، فإن هناك من
الحقائق ما يؤكد أن الاستعدادات الوراثية والحساسية الشديدة التى يولد بها
الطفل لا تتحول بالضرورة إلى قلق وعصاب دون وجود عوامل مباشرة
تفجر هذه الحساسية وتوجهها هذا الوجه السلبى . بعبارة أخرى، إن الطفل
لا يتحول للقلق كنتيجة مباشرة لما يرث، بل كنتيجة مباشر لعلاقات
اجتماعية تفتقر للصحة والسلامة ويكون من شأنها أن توجه وتصوغ الوراثة
فى شكل عصابى . وما يسجله لنا العلماء بهذا الصدد يؤلف قائمة هامة
لنقاط الضعف فى العلاقة الأسرية بالطفل، قد يكون من المفيد تسجيلها
هنا . وقد يكن من المفيد أيضاً أن يتجول الآباء فيها نقطة بنقطة للإطلاع
على ماقد يمارسونه منها على نحو مقصود أو غيره مقصود:

قائمة بالأخطاء السلوكية التي تمارسها
الأسر الصانعة للقلق .. والبدائل

البديل	أساليب صانعة للقلق
١- مقارنة الطفل دائماً بالآخرين ، خاصة إخوته وزملائه .	- ركز علي ما يملك الطفل من إمكانيات وب قدرته الشخصية علي تنمية نفسه ومواهبه .
٢- تذكير الطفل الدائم بأخطائه ونقاط ضعفه ، وجوانب النقص منه .	- ركز علي ما أنجز الطفل ، وعلي ما أحرز من تغير ، وشجعه علي الاستمرار في حياته .
٣- إستخدام مشاعر الذنب عند عقابه .. «إنك تجرح مشاعرنا» ، «إنك أناني» ، «إن الله سيعاقبك علي أفعالك» .	- إعرف ما الذي أدبي إلي المشكلة وركز علي إيجاد الحل الملائم «إنك لم تفعل ذلك لتجرح مشاعرنا ولكنك تريد أن تحصل علي اهتمامنا» ، «ليس من عادتك الانانية» .
٤- التحقير منه ومن إمكانياته ومن قدرته علي حل مشكلاته : «هذا رأي طفلي» ، «لا تتدخل في مناقشة الكبار .. ألتخ» .	- اعطه بعض الوقت لسماع رأيه ، وناقشه دائماً بموضوعية واحترام .
٥- تضيق فرص الطفل في النمو المستقل «حياتك من غيرنا صعبة» ، «لولانا لما وصلتم لذلك» ، «سرقتكم الحياة عنا ونسيتونا» .	- لا تركز علي التبعية بل شجع علي الاستقلال واتخاذ بعض المجازفات . إحترم علاقاتهم الاجتماعية بأصدقائهم ولا تشعرهم بالذنب منك .
٦- أن ترسم أمامهم بتصرفاتك وسلوكك عند مواجهة الأزمات نموذجاً لشخصية عصابية قلقة مثلاً : استخدام الحبوب المهدئة ، الشكاوي العضوية الدائمة ، التعبير بحزن لما لم تحققه في حياتك .	- عند مواجهة الأزمات استخدم أسلوباً سليماً قائماً علي مواجهة المشكلة والتفكير في حلولها والعمل بنشاط لمواجهة أسباب القلق للتخلص منها .. بذلك ترسم أمامهم نموذجاً صحيحاً مختلفاً .

(تابع) قائمة بالأخطاء السلوكية التي تمارسها الأسر والبدائل

٧- التدخل المستمر وعدم احترام خصوصية الطفل من خلال مراقبة كل كبيرة أو صغيرة يقوم بها .	- راقب عن بعد ما يحدث للطفل .. تدخل عند الضرورة .. لاتجعل الطفل خائفاً حتي وهو بمفرده من أنك ستقتحم عليه خلوته .
٨- التركيز علي الكمال المطلق ، علي أنه «يجب أن يكون أذكى من الجميع ، «وأشطر» أو «أقوي» ، أو «أنبه» من الكل .	- ركز علي ضرورة أن يكون مقتنعاً في داخله بإمكانياته وعلي مقدار ما يحصل عليه الطفل من رضا أو إشباع بالنشاطات التي يقوم بها .
٩- التركيز القصدي المتعمد علي القلق وإثارة الانشغال «هل تعرف كم تبقي علي الامتحان» .	- لاتركز علي إثارة القلق ، ركز علي إثارة الدافع للعمل وعلي الإنجاز وعلي النشاط .
١٠- الشكوي الدائمة من الحياة أمام الطفل والتذمر .	- تعويد النفس علي البحث النشط عن الحلول الإيجابية للمشكلات .
١١- القبول بالأعذار ، خاصة ونحن نعلم أنها مجرد حجج يختلقها الطفل ليهرب من المسؤولية .	- شجع علي المواجهة ، وساعد الطفل علي أن يحل المشكلة بدلاً من أن يهرب منها .
١٢- الإكثار من الحديث عن المستقبل «ذاكر علشان تبقي دكتور كبير ، أو مهندس ، أو غني» .. الخ .	- ركز علي المتعة التي يجنيها الطفل من الشيء ذاته وعلي الأهداف القريبة مثل الشعور بالراحة ، والاستمتاع ، والاحترام الذي يخلقه النجاح .
١٣- الدفع المستمر للمنافسة ، وللتعامل مع الآخرين علي أنهم مجرد نماذج يمكن اتباعها أو هزيمتها .	- ركز علي العلاقات الإيجابية الدافئة علي أنها الهدف ، ركز علي المشاركة وشجع الطفل علي العمل مع الآخرين .
١٤- الحث الدائم علي العجلة ، والسرعة والدقة والضغط المستمر في هذا الإتجاه .	- أعط للطفل فرصة لإنهاء العمل ، وساعده علي أن يخطط جدولته ووقته جيداً .. الاستعجال الدائم يربك ويثير القلق .

(تابع) قائمة بالأخطاء السلوكية التي تمارسها الأسر والبدايل

١٥- إثارة أهداف غير واقعية : ستكون دائماً الأول ، «ستكون أشهر وأحسن طبيب» .	- إثارة أهداف واقعية قصيرة المدى «أعتقد أنك لو خصصت ١٥ دقيقة يومياً لمذاكرة الحساب ، سيرتفع تقديرك عما هو عليه» ، غير الهدف عند الضرورة .
١٦- التخويف المستمر من العالم ومن الخارج : «لا تتحدث مع الكبار» ، «لا تلعب لأنك ستعدي بالمرض» ، «لاتنزل المياها لأنك لاتعرف السباحة» .	- التشجيع علي المجازفات المحسوبة .. علمه السباحة بدلاً من تخويفه من الماء ، إجله يحيط نفسه بالملبس الملائم في الأوقات الباردة .. الخ .
١٧- إظهار الضجر عندما يتصرف الطفل بما يناسب عمره والإصرار علي أن يكون أنضج أو أكبر من سنه .	- زود نفسك ببعض الثقافة الملائمة بما يناسب العمر ، واجعل الطفل يسعد بالتصرفات الملائمة لسنه ، أو حجمه مع أطفال من نفس العمر .
١٨- العقاب المستمر عند الخطأ .	- إذا كان لابد من العقاب ، وضح السبب فيه ، وبين أيضاً الطريقة الصحيحة للتصرف أو الفعل في المستقبل .
١٩- العزوف عن الحوار والمناقشة في أمور حياتهم ، واهتماماتهم ، ومخاوفهم ، والتركيز علي النقد ، والقفز لإعطاء النصائح الشكلية .	- خصص دائماً بعض الوقت لمناقشتهم في مخاوفهم دون سخرية منها ، إجلهم يصلوا للحلول بأنفسهم حتي ولو كنت تعرفها ، شجعهم علي التعبير عن الرأي والمشاعر أمامك .
٢٠- التردد في إتخاذ القرارات أو التأجيل الدائم وإلحاحاتهم .	- لاتخشي من إتخاذ القرارات وتجنب التأجيل الدائم ، أرفض بوضوح وهدوء المتطلبات غير الواقعية ، ونفذ ماتعد به إذا كان ممكناً .

توضح القائمة السابقة بعض الأساليب العصابية التي تنتهجها بعض الأسر في التعامل مع الأطفال.. ويلاحظ عليها جميعاً بعض الخواص المشتركة فهي تجعل الطفل مثقلاً بالمشكلات ومحملاً بالأعباء النفسية والاجتماعية في فترات مبكرة من العمر. والطفل في ظل هذه الأساليب من الطبيعي أن يتحول إلى كائن خائف، لا يثق في امكانياته، ويدفع نفسه للتحدى بأكثر ما تساعده به طاقاته، مكتئب، ضعيف وعرضه للمرض الجسمي والنفسي معاً. وربما يكون من أسوأ ما يظهر على أطفال هذا النوع من الأسر هو الانتهاء إلى عكس ما تتوقعه لهم أسرهم تماماً. فمن المعروف أن كثيراً من الأسر تنتهج هذا المنهج من واقع أفكار خاطئة عن تربية الطفل فتتصور أن أثر القلق والدفع الشديد للعمل والمنافسة سيؤدي إلى النجاح والتفوق. ولكن ما يحدث نتيجة لهذا هو هروب الطفل من جوانب التحدي خوفاً من أن لا يكون عند حسن الظن، أو خوفاً من أن لا يبلغ الكمال المنشود من الأسرة، فيزداد هروبه وتجنبه للتحديات والمنافسة الصحية. من الناحية البدنية، ينمو الطفل القلق مصحوباً في حياته بكثير من الأعراض البدنية التي تبين أنها تصف القلق وتشرحه كالصداع، والتعب السريع، واضطرابات المعدة، وإفراط الحساسية، فضلاً عن بعض الاضطرابات المرتبطة بالتنفس كالربو مثلاً.

ويلاحظ أحد العلماء أن التربية الأسرية التي تتصف بالخصائص السابقة أو بعضها تخلق ما يسمى «بطفل النمط أ»، وهو طفل يتميز بخصائص مبكرة يبقى بعضها معه العمر كله. من هذه الخصائص - الاهتمامات المحدودة والفقيرة، الملل السريع، والنفور الشديد من الآخرين خاصة الغرباء، الاضطراب الشديد عند المرور بتغييرات غير متوقعة، التحفظ وفقدان الصبر. وطفل النمط أ - طفل يعجب بالسلطة وبالنماذج التسلطية ولهذا فهو يعمل جيداً إذا كان الهدف هو إرضاء المحيطين به من الكبار أو الأقوياء، ولكن يصبح فائر الحماس، متقاعساً عندما لا يخضع

للرقابة، تزداد بينهم ميول التعصب، وضيق الأفق. هذا النمط من الواضح أنه يفتقر للسعادة، ويصعب عليه تقبل نفسه أو تقبل العالم. إنه كما وصفه أحد علماء النفس طفل يصعب عليه أن يسبح فى الحياة ويستمتع بها دون شعور دائم أنه فى سباق مستمر لاتوجد فيه خطوط نهاية.

ويمكن النظر للبدايل السلوكية التى طرحناها على أنها خطة وقائية لحماية الأطفال من القلق، ولكن ماذا لو أن الطفل قد أصيب بالفعل بالقلق الفعلى والعصاب ؟

هنا يجب الحديث عما يسمى بالعلاج النفسى - وهو يجب أن يأخذ عدة محاور يكمل بعضها البعض وتهدف فيما بينها إلى مواجهة القلق بأعراضه السلوكية، والانفعالية، والمعرفية مجتمعة فى توضيح هذه الخطوط العلاجية العامة :

(١) عندما يتخذ القلق عند الطفل مظهر الخوف المتطرف من بعض الحيوانات أو الظلام أو الضجيج، يجب أولاً : القيام بكل الجهود الممكنة لابعاده عن هذه الأشياء. لتجنب بالنسبة للأطفال تعريضهم المفاجيء لمصادر القلق، بما فى ذلك البرامج التليفزيونية أو القصص التى تعطيهم إحساساً بأن مخاوفهم حقيقية. ثانياً : يجب أن تبدأ خطة التعويد على مصادر الخطر والقلق تدريجياً تدريجياً مع إستخدام كثير من التشجيع.

(٢) بالنسبة للأطفال الذين يسهل إنزعاجهم وتأثيرهم بالآخرين يجب إبعادهم عن البالغين أو الأطفال الكبار الذين يميلون لتخويفهم وزيادة مصادر القلق لديهم. إما إذا كان أقارب الأطفال من أمثال العمات أو الخالات أو الجيران من النوع الذى يحشى الطفل بأفكار الخوف، والشياطين، فإن من الأفضل أن تكون زيارات الطفل لهم فى صحبة أبويه حتى لا يصبح أسيراً تماماً لمخاوفهم الحمقاء.

(٣) ويتطلب الطفل السليم أبوين قادرين على تدريب أنفسهم على قمع مخاوفهما الشخصية وعدم إظهارها أمام الطفل.. لأن من شأن هذا أن يخلق بفعل القدوة والميل للتأثر بالوالدين طفلاً انفعالياً هراعياً شديد القلق.

(٤) وضح للطفل من خلال الأحاديث المنطقية والمناقشات العلمية أن مخاوفه الخارجية لا مبرر لها وشجعه على الحديث عنها. صحيح أن الحجج المنطقية لا تنفع عندما يكون الطفل مشغولاً بقلقه ومخاوفه.. ولكنها تساعد في المدى الطويل على رسم خطوط العلاج.

(٥) لا تلم الطفل على مخاوفه ولا تسخر منها.. شجعه بدلاً من ذلك على تنمية ثقته وقدراته على التعامل مع البيئة حتى يكتسب الثقة والكفاءة في حل مشكلاته.

(٦) الإحساس بالفكاهة وخلق روح مرحة ضاحكة - يساعد الطفل على مغالبة مخاوفه. واجه مع الطفل مصادر خوفه وبين له ضاحكاً هذا هو ما كان يخيفنا. لكن الفكاهة يجب أن تكون من النوع الجيد الذي يشجع الطفل على التخفيف من الهموم، وليست من النوع الساخر المتهكم عليه.

(٧) من الممكن أحياناً (وليس دائماً) أن تخلق نوعاً من القرب والمتعة بين الطفل وبين مصادر خوفه.. مثلاً - إذا كان يخشى القطط أو بعض الحيوانات.. قربه تدريجياً منها مع التشجيع والعناق إلى أن يتمكن من تكوين علاقة جديدة وهادئة بمصادر الخوف.

(٨) استبدل المشاعر الانفعالية السلبية التي تثيرها بعض الأشياء بمشاعر انفعالية ايجابية. إذا كان الظلام يثير الخوف (انفعال سلبي) اجعله مصدراً للإطمئنان والهدوء.. خذ الطفل مثلاً في حجرة وأنت تحمله أو تعانقه أو تحادثه وأطفئ الأضواء وأشعلها بشكل مرح..

طول تدريجياً فترات الإطفاء والظلمة حتى يتمكن الطفل خلال أسبوع من أن يبقى معك فى حجرة مظلمة دون خوف . شجع الطفل على أن يمارس هذه اللعبة بمفرده .. حتى يتمكن بعد فترة من أن يجلس فى حجرة مظلمة يبادللك الأحاديث وأنت فى حجرة أخرى - وهكذا حتى يتمكن الطفل فى النهاية من البقاء فى الظلام بمفرده . طبق نفس هذه الفكرة مع الموضوعات الأخرى المثيرة لقلق الطفل كالحيوانات .. استخدم صور هذه الموضوعات أحياناً، أو نماذج كاريكاتيرية لها إذا كان الخوف شاملاً لدرجة تعوق الطفل عن تقبله .. من المهم أن تستبدل المخاوف باستجابات الاطمئنان .

(٩) من المهم كبالغ أن تسلح نفسك بالهدوء عند تعاملك مع مخاوف الطفل، فليست كل مخاوف الطفل غير حقيقية أو حمقاء .. فبعض المخاوف حقيقية ويجب أن نسلح أطفالنا على مواجهتها . علمه مثلاً كيف يهرب فى مواقف الخطر، وكيف يستعين بالبوليس إذا دعت الضرورة، كيف يستغيث بالناس . علمهم كيف يستغيثوا وكيف يستخدموا قدراتهم فى تقدير مواقف الخطر . أحياناً ماتكون مخاوف الطفل مبررة وعلامة على ذكائه ووعيه وتقديره للخطر وحماية النفس . لا تنسى أن الخوف والقلق انفعالات لهما جوانبهما الإيجابية من حيث حماية الكائن من خطر متوقع .

(١٠) إستخدم نفسك كقدوة جيدة . لا تنسى أن كثيراً من المخاوف تكتسب بفعل قوانين القدوة والمحاكاة . ونوضح بعض نظريات العلاج الأسرى الحديثة أن هناك دائماً إرتباط قوى بين مخاوف الآباء ومخاوف الأبناء، ولهذا فيجب أن تواجه مخاوفك الشخصية وأن تتغلب عليها .

عندما يتحول قلق الطفل إلى اضطراب دائم

العلاج السلوكي

اللجوء للعلاج النفسي إذا فشلت كل الوسائل أو إذا كان واضحاً أن الاضطراب قد تطور إلى مرحلة سيئة أمر ضروري، وتعتمد وسائل العلاج السلوكي - وهي من أحدث النماذج في الوقت الحاضر على وضع خطة تساعد الطفل على مواجهة القلق ومصادره وإعداد الطفل وتسلحه انفعالياً على الصمود وغالباً ما يلجأ المعالجون السلوكيون إلى استخدام عدد من المبادئ والأساليب الرئيسية التي ثبتت فاعليتها منها مثلاً :

(١) محاولة «ماري كوفر جونز» Jonnes - منذ مايزيد عن خمسين سنة

- لإزالة المخاوف المرضية الشديدة عند طفل اسمه بيتر، وذلك بتعريضه تدريجياً للموضوعات التي تثير خوفه في الوقت الذي يلتهم فيه الطفل طعاماً محبباً. لقد أمكن ببساطة إزالة القلق بتشجيع ظهور استجابة تتعارض معه كتقديم طعام محبب، أو عنق الطفل مع بث الطمأنينة عند التعرض للموضوعات التي تثير القلق.

ويطلق العلماء والمعالجون الآن على هذا الأسلوب اسم العلاج بطريق الكف المتبادل أو الكف بالنقيض الذي تدور فكرته الرئيسية حول استثارة استجابة معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له إلى أن يبدأ القلق في التناقص ثم الاختفاء التدريجي.

ولعل السؤال الذي يفرض نفسه هنا هو ماهي هذه الاستجابات المعارضة للقلق، والتي إذا أمكن إحداثها عند وجود الموضوعات المخيفة يمكن إيقاف القلق وكفه ؟ الحقيقة أنه لا يوجد اتفاق محدد على عدد هذه الاستجابات أو نوعها، ولكننا نذكر على سبيل المثال : الطعام والحلوى، التشجيع اللفظي، عنق الطفل وبث الطمأنينة في نفسه، تغيير إنتباهه، مناقشته منطقياً في مخاوفه، تعريضه تدريجياً للمواقف التي يخشاها.

بعبارة أخرى، فإن أى سلوك نستخدمه مع الطفل ويكون من شأنه أن يقلل من قلقه يمكن أن يستخدم أو يوصف بأنه سلوك معارض ومقل للقلق.

وينصح المعالجون باستخدام التخيل خاصة إن كان مصدر القلق عنيفاً وحاداً ولا يصلح معه التعرض المباشر التدريجى له. ويتم ذلك بأن تحدد الجوانب الرئيسية والمواقف التى تثير قلق الطفل ومخاوفه. حدد من بين هذه المواقف أكثرها وأشدّها إثارة لمخاوفه. ضع هذا الموقف المثير للقلق فى قائمة متدرجة، يقسم هذا الموقف إلى مواقف أصغر متدرجة بحيث نضع أقلها إثارة للخوف فى أعلى القائمة بينما توضح المنبهات الشديدة فى أسفل القائمة. إذا كان خوف الطفل نابعاً ن الكلاب مثلاً فقد يكون سماع نباح الكلاب عن بعد بعيد أقل إثارة للخوف من مشاهدة كلب تصادف أنه يسير أو يجرى فى الوقت الذى يلعب فيه الطفل. ولهذا فإننا نعتبر الموقف الأول أقل من الموقف الثانى من حيث إثارة الخوف. شجع الطفل بعد ذلك وهو فى حالة من الهدوء والاسترخاء أن يتصور نفسه فى أقل المواقف إثارة لقلقه. شجعه على أن يجعل تخيله حياً كأنه حقيقة. أطلب منه أن يشعر بنفس علامات القلق التى يشعر بها إذا كان الأمر حقيقة. إجعله ينتبه إلى دقات قلبه ومشاعره حتى ينتهى إلى أن يتخيل الموقف دون قلق.. إنتقل لموقف أشد وأشد إلى أن تصل إلى أعلاها ارتباطاً بالقلق. شجع الطفل خلال ذلك على الانتباه لآحاساساته الداخلية وأن يعيش ذهنياً فى الموقف المتخيل، وأن يراه كما لو كان يحياه بالفعل. وعادة ماينجح التخيل بهذه الطريقة فى العلاج. إلا أن هناك بعض الملاحظات التى بينت أن التعرض لمواقف واقعية أفضل من التعرض له بطريقة التخيل والتصور. لهذا فإن الضرورة من التعرض له بطريقة التخيل والتصور. لهذا فإن الضرورة تتطلب أحياناً تعريض الطفل لمواقف واقعية بعد الانتهاء من عملية التخيل بالرغم أحياناً من بعض الصعوبات العملية التى قد تظهر نتيجة للخروج بالطفل من داخل العيادة أو المنزل إلى الواقع الحى بتنوعاته

المختلفة، التي قد لا يكون قد تم الاعداد لها إعداداً جيداً. وتدل بحوث عديدة إلى أن أسلوب التعرض التدريجي لمواقف القلق سواء بطريقة التخيل أو طريقة *التعرض الفعلي* لها في مواقف حية تؤدي إلى تغييرات إيجابية أكيدة خاصة إذا كان القلق معروف المصدر، وعندما يظهر القلق في شكل مخاوف مرضية شديدة (فوبيا). ولهذا هناك مئات البحوث والتقارير التي تدل على نجاحه في التخلص من حالات الخوف الشديد من الحيوانات والظلام، والخوف من السفر، والسيارات المتحركة، كذلك الخوف من المدارس، وزيارة الأطباء، والتعامل مع المدرسين والغريباء.

أما في الحالات التي يكون فيها القلق عاما غير محدد بجانب بعينه متشكلاً في مشاعر نفسية بالنقص والعجز عن التعبير عن النفس، والإحساس بعدم الكفاءة، فإننا نبذل من ناحيتنا جهداً كبيراً مع الطفل لتدريب قدرته على تأكيد ثقته بنفسه. لقد علمتنا خبرة التعامل مع هذا النوع من الأطفال أن نسبة كبيرة منهم تخضع نتيجة لأساليب تربوية خاطئة - لظروف حادة يضطرون خلالها لقمع تعبيراتهم الانفعالية، ومشاعرهم نحو الأشخاص أو المواقف التي يواجهونها، فيتحول الطفل تدريجياً إلى شخصية مكفوفة ومنسحبة ومقيدة، وحبساً لانفعالات وعادات لا تترك إلا نطاقاً ضيقاً لنمو صحته النفسية وسعادته الخاصة. ولهذا فإننا نشجع الطفل، (ونشجع الأباء على أن يشجعوا الطفل) على ضرورة أن يعبر عن مشاعره بصدق وأمانة. وتشمل حرية التعبير عن المشاعر والإفصاح عن كل المشاعر الإيجابية (الحب) والسلبية (كالغضب) بما يلائم الموقف. إن إفراط الحياة الحديثة في ضرورة أن يقمع الطفل بشدة كثيراً من المشاعر والأشياء التي يحبها، لأنها لا تليق، أو لأنها لا وقت لها.. الخ، تؤدي إلى زيادة النزعات العصابية التي تصعب إزالتها بمرور الزمن. ويجب هنا القيام بتمارين محددة تهدف إلى إعادة ثقة الطفل بنفسه وبأحكامه وبذاتيته. ومن ثم تبدأ مشاعر القلق تتضاءل وتتضاءل معها مشاعر

الاكتئاب. وتزداد فرص الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة. وقد طور المعالجون النفسيون عدداً من الأساليب التى تبين أنها تؤدى عمداً إلى تنمية قدرة الطفل على تأكيد ذاته وثقته بنفسه منها : تشجيع الطفل على التعبير المتعمد عن انفعالاته ومشاعره بكلمات صريحة ومنطوقة. فالطفل الذى تتاح له الفرصة أمام معالجه أو والديه أن يعبر عن مشاعر متعارضة وأن يغير من انفعالاته بتغيير الموقف، وأن يشجع على الانتقال من التعبير عن الإعجاب إلى الغضب، ومن الحب إلى السخط، ومن الفرح إلى الحزن سيكون قادراً على تأكيد انفعالاته مستقبلاً والتكيف السريع للمواقف بما تتطلبه من مشاعر مختلفة وسيكون أقل قلقاً من طفل إعتاد على أن يواجه مواقف الحياة على تنوعها بشعور واحدا هو الخوف والقلق.

ويتم تدريب القدرة على تأكيد الذات من خلال الإقضاء بنماذج تتسم بهذه الخاصية. لقد أثبت «باندورا» من جامعة ستانفورد - أن كثيراً من المشكلات والاضطرابات الانفعالية كالعدوان والقلق والخوف تكتسب بفعل تأثير الآخرين.. فالوالدان الخائفان اللذان تمرق حياتهما مشاعر الإحباط والفشل يرسمان أمام الطفل نماذج مريضة من السلوك يكتسبها تدريجياً فيتحول الطفل نفسه إلى كائن محبط تعوزه الثقة بالنفس. ولكن العلاج النفسى الذى يهدف إلى زيادة القدرات التوكيدية وتدريب الطفل على الحرية فى التعبير والمشاعر يستخدم هذا الأسلوب لتنمية أشياء إيجابية. فالقدوة سلاح ذو حدين يمكن استخدامه استخداماً سيئاً كما يمكن استخدامه استخدامات علاجية هدفها رسم طريق الصحة النفسية وتأكيد النفس. ولهذا نجد المعالجين النفسيين يشجعون الأباء على قمع مخاوفهم أمام الطفل، وأن يدرّبهم أنفسهم لكى ينمى هؤلاء الأباء قدراتهم الشخصية على الثقة بالنفس حتى يتمكنوا من الظهور أمام الطفل بالمظهر الملائم للشخص الواثق من نفسه، من حيث الصوت الواضح النبرات، والمجازفات المحسوبة، ومواجهة الإحباطات بدلاً من الهروب منها، والتفكير فى حل المشكلات

بدلاً من الانفعال . ومن المعتقد أن من أسباب زيادة مظاهر الخضوع وعدم الثقة بالنفس بين الفتيات أكثر من الذكور إنما يرجع إلى احتذائهن بأمهات هن أساساً أميل لعدم الثقة بالنفس، والهروب من تأكيد الذات . فزيادة الضغوط الاجتماعية على المرأة تدفعها لأن تقلل من مظاهر القوة وتأكيد النفس في سلوكها عند تعاملها مع الذكور . ولهذا فإن تدريبات تأكيد الذات تكون أكثر ماتكون طلباً بين الإناث اللآتى يفتقرن للثقة بالنفس .

ويساعد لعب الأدوار Role Playing على تشجيع المهارات الاجتماعية للطفل وعلى زيادة قدراته وثقته . فالطفل الذى يطلب منه المعالج ويشجع فيه القيام بأدوار مختلفة عند التعامل مع مواقف مختلفة يكون أكثر قدرة وثقة بالنفس وأقدر على مقاومة قلقه عند التعامل الفعلى مع هذه المواقف . ويحتاج ذلك إلى أن يكون المعالج نفسه (أو والدين) أنفسهم من النوع المتقبل والدافئ للشخصية، وأن يكونوا من المدربين شخصياً على إبراز الاستجابات الدالة على الثقة بالنفس . وتزداد قدرة الطفل على تبني هذه الأساليب الناضجة عندما نطلب من الطفل تخيلها وإعادةتها أمام المعالج عدداً من المرات . أطلب من الطفل مثلاً أن يحتك بصره بك، وأن يتحدث بنبرات هادئة (ليست منخفضة وليست عالية) وأن يبتسم وهو يتخيل أنه يرحب بأحد زملائه أو يطلب منه خدمة معينة، أو أطلب منه على العكس أن يتخيل أنه يطلب من أحد زملائه أن يتوقف عن مضايقته من خلال الاحتكاك البصرى المباشر والنبرة الهادئة القاطعة ودون أن يبتسم .. إن الإكثار من لعب الأدوار بصورة واثقة وفي مواقف مختلفة ستمد الطفل برصيد هائل من المعلومات النفسية الملائمة عندما يواجه المواقف التى يتطلب حلها قدرة على الثقة بالنفس وتأكيد الذات . ومثل هذ الطفل سيكون من الصعب عليه أن يلجأ إلى الهروب وتحاشي المواقف التى تثير خوفه ومن ثم سيكون أكثر قدرة على مقاومة القلق وأن ينطلق بإمكانياته إلى آفاق انفعالية أكثر نضوجاً مما كانت عليه من قبل .

الفصل السابع

ملامح الصحة والوفاق النفسي

- * تقبل ما لا يمكن تغييره .
- * القدرة على التواصل الجيد والفاعلية الاجتماعية .
- * خلق معايير واقعية خاصة بالنجاح والفشل .
- * التحرر من سيطرة الانفعال الواحد .
- * اللياقة البدنية والتنبه للصحة العضوية .

يكون القلق محموداً إذا كان معتدلاً لأنه يحملنا على التخطيط السليم، ويبعث على النشاط. ويعرض الإنسان نفسه لكثير من المخاطر عندما يواجه تحديات الحياة بسلبية وخمول. والقلق في درجاته الحقيقية يعد الإنسان للمواجهة، ويبعث على الحيوية، فيكون أكثر قدرة على حساب عوامل الخطر في المواقف المختلفة.

لكن القلق الذى يقيد الشخصية بأوهام الفشل والخوف اللامنطقى، يمثل سلوكاً تدميراً، ويساهم فى خلق شروط تدعو للهزيمة الذاتية والاضطراب. وهذا قلق مرضى يحتاج دون شك للعلاج وال ضبط. وقد وضحت الفصول السابقة ملامح هذا القلق وخصائصه العصابية ومحاور علاجه وضبطه بين الراشدين والأطفال.

على أن خطط العلاج النفسى والسلوكى والطبى التى بسطناها فى الصفحات السابقة لاتخلو من عيب واضح. فبنظرة فاحصة نجد أن كل أساليب العلاج النفسى والطبى للقلق تبدأ من مسلمة مرضية وبعبارة أخرى، نجدها جميعاً تبدأ وتعتمد فى كل ماتبتكر من وسائل علاجية على تصور واضح لما هو سلبى أو مرضى. وتكتسب قيمتها من خلال ما ترسمه من خطط للتغلب على المخاوف، والجوانب السلبية التى تدفع بالغالب لحضور المريض للمعالج وطلبه للعلاج النفسى منها. لكنها لاترسم خيوط الصحة، ولاتحدد الملامح العامة لما تسميه سواء أو نضوج أو استقرار نفسى أو غير ذلك من ألفاظ تدل على التحرر من القلق والجوانب الممرضة للشخصية.

ونحن - حتى هذه اللحظة - لم نحدد ملامح الشخصية المتحررة من المرض النفسى، وما تتسم به من جوانب الصحة والإتزان. ولهذا فإننا نعتبر وصف السلوك الصحى، وتحديد الملامح الإيجابية فيه، نهاية طيبة لهذا الموضوع.

إن تحديد الملامح الرئيسية للصحة، والسمات التى تتميز بها

الشخصية التى استطاعت أن تتحرر من قيود القلق والإختلال، أمر ممكن. ووضع هذه الملاحم فى شكل مقترحات عملية، يساعد على تحقيق عدد من الوظائف التى تحفظ للفرد تكامله، واقتناعاته بما هو عليه من فاعلية. فمن ناحية، ترسم هذه الملاحم - إذا ما قمنا بتحديد عملها عملياً - ترسم أمام الأفراد العاديين أهدافاً واضحة المعالم للشخصية الخالية من القلق والهموم. إنها تبين لهم أن مثل هذا النمط الصحى ليس وهماً، لأن بالإمكان الاتفاق على جوانب السلوك والتفكير التى تصف الأشخاص الذين تحرروا من الآثار التدميرية التى تشرح القلق وترتبط به. فضلاً عن هذا، فبدون وجود تصور للصحة لا يمكن فى تصورنا القيام بعلاج نفسى فعال. وقد لا ينجح الناس حتى عباقرة العلاج النفسى منهم فى توجيه السلوك نحو المطالب المرغوبة للصحة النفسية. هذا فضلاً، عما قد تثيره هذه القائمة التى سنضعها عن ملاحم الصحة من رغبة للبحث وتشجيع للباحثين الشبان فى مجالات الطب النفسى وعلم النفس على توجيه بعض جوانب نشاطهم للبحث عن متطلبات الصحة بدلاً - أو إضافة - للتركيز على بحث الجوانب المرضية من الشخصية. بعبارة موجزة، فإن توقفنا عند مرحلة التخلص من المرض أو التخفف من أعراض القلق وحدها - وبدون وجود تصور واضح للسواء - لا يمثل إلا صورة جزئية من صور التكامل والفاعلية فى توظيف السلوك توظيفاً صحياً. وبدون وضع تصور ملائم للسلوك الصحى، يكون الحديث عن العلاج النفسى مبتوراً ومليئاً بالثغرات. ومحاولتنا هنا هى محاولة لسد بعض هذه الثغرات بوصف السلوك الصحى. وفيما يلى وصف موجز لما يتسم به هذه السلوك.

تقبل ما لا يمكن تغييره

من ملاحم الصحة ومتطلبات التحرر من القلق تقبل ما لا يمكن تغييره. وثمة عدد كبير من الحتميات أو الثوابت الاجتماعية والطبيعية تتطلب الصحة قبولها لأن مناقشتها، وتحديدها وإظهار الإنزعاج الدائم منها

لا ينتهي إلى أى تعديل أو تغيير فيها. وما يلى، يكشف لنا عن أمثلة لمتطلبات الصحة فيما يتعلق بهذا الجانب :

تقبل ما حدث في السابق أو الحياة الماضية :

فما حدث في الماضي من أحداث قمنا بها أو قام الآخرون بها نحونا شيء لا يمكن تغييره الآن. صحيح أننا يمكن أن نتعلم من الخبرة ومن التمعن في الأحداث الماضية للإستفادة منها في توجيه حياتنا بفاعلية أكثر، إلا أن هذا هو الجانب الوحيد الذى تبدو الأحداث الماضية من خلاله ذات فائدة. فيما عدا ذلك فإن الإنزعاج الدائم من أحداث الماضي، وما تمتلئ به ذاكرة المرضى من ذكريات مؤلمة، وإدانة الآباء أو الأسرة، أو الظروف الاجتماعية والاقتصادية القاهرة هي أشياء لا يمكن التحكم فيها أو تغييرها الآن. ولهذا فمن ملامح الصحة، والوفاق النفسى تقبل الماضي سواء تعلق ذلك بأخطاء قمنا نحن بها شخصياً أو أخطاء إرتكبها الآخرون نحونا عن قصد أو عن غفلة.

آراء الناس فينا :

صحيح أننا جميعاً نحب أن يحمل الآخرون عنا انطباعات طيبة، وأن نحظى منهم على الحب والاحترام، لكن آراء الناس فينا بشكل عام تمثل شيئاً ليس في مقدورنا التحكم فيها. آراء الناس فينا - مهما كانت مؤلمة - شيء خاص بهم. وهم في النهاية أحرار في اعتناق ما يريدون من آراء فينا أو في غيرنا سواء أردنا أم لم نرد. وإذا كان يجب أن نعامل الناس كما نحب أن نعامل به - كما يعلمنا طه حسين في جنة الشوك - فإن الوفاق النفسى يتطلب أن نكون على وعى واضح بأن تصرفات الآخرين وأرائهم فينا لا تحكمنا لأننا لا نستطيع دائماً أن نحكمها. إن جزءاً كبيراً من القيود الاجتماعية، وأدانه الذات التى تكتنف حياة المرضى بالقلق - فيما تعلمنا خبرتنا في التعامل معهم - تنصدرها مخاوف من هذا النوع.

ونعتبر- من جانبنا - أن علاج حالات القلق يتسم عند نجاحه بأن يبدأ المريض فى التجاهل التدريجى لأراء الناس فيه، أو أن يتوقف عن التخمين الدائم لما يشعر به الآخرون نحوه أو كيف يفكرون فيه، أو يحسون حياله.

لنقبل خصائصنا الجسمية والنفسية :

إن مآثرته من خصائص جسمانية أو نفسية شىء لا يمكن التحكم فيه، ومن ملامح الصحة أن ننمى قدرتنا على تقبل - بل وعلى حب ما أنتت عليه من مظهر، أو حجم، أو لون.

وتبين لنا ملاحظة المرضى أنهم يبدأون بعد نجاحهم فى العلاج النفسى فى تجنب الشكوى الدائمة من الخصائص البدنية التى كانت مصدراً لإنزعاجهم وتعليقاتهم. فتقل شكاواهم عن اللون (أسمر أو أبيض) وشكل الشعر، أو حجم بعض الأعضاء، أو انتمائه (أو انتمائها) لجنس دون الجنس الآخر.

ويمتد هذا النوع من التقبل إلى تقبل الخصائص النفسية والمزاجية الموروثة. وذلك مثل ما يحتله الشخص من موقع على بعض الخصائص العقلية كالذكاء أو الوجدانية كالإنطواء. وتبين ملاحظة المرضى المصابين بالقلق انتشار الشكوى بينهم لهذه الخصائص النفسية كما تتمثل فى الإدانة الذاتية لما هم عليه من عيوب انطوائية أو غباء. ويبدأ تقبلهم التدريجى لهذه الخصائص بمحاولة توظيف امكانياتهم فى هذه الخصائص توظيفاً فعالاً كلما بدأ الواحد منهم فى التطور الصحى والشفاء والوقاف مع النفس.

الاحتياجات الطبيعية والبيئية - الجغرافية :

ظروف الطقس، والحرارة، وتحول الفصول كلها أشياء لا يمكن التحكم فيها بالمجهود الشخصى. صحيح أننا من حقنا أن نعبر عن حبننا لبيئة نظيفة غير ملوثة، أو لفصل من فصول السنة، ومن حقنا أن نعبر عن كراهيتنا للوحل والمطر المتسخ والشوارع القذرة، لكننا نمارس خطأ كبيراً إن

سمحنا لهذه الأشياء أن تكون مصدر إنزعاج وشكوى دائمة. وننقل حياتنا بالجمود عندما نسمح لتغيرات الطقس أن تكبل حركتنا، وتقيدنا عن الحركة والنشاط.

ومن الحتميات الطبيعية التي تتطلب الصحة قبولها مانحن عليه من تطور عضوى أو مرحلة عمرية معينة. فأنت لاتستطيع أن تغير من عمرك. صحيح أنه بإمكاننا بذل بعض الجهد للاستمتاع بالحياة، أو التغيير فى الملبس أو المأكل أو الإتجاه، لكن المرحلة العمرية التي نحن فيها حقيقة يجب تقبلها. ونعرف عن المرضى شكاياهم الدائمة من العمر أو كبر السن (أو صغره)، ويحيلهم هذا أكثر إستهدافاً لإستمرار مخاوفهم، وهمومهم.

وهناك أيضاً اللوائح الحكومية والقواعد الإدارية. صحيح أنها قد تكون غير ملائمة شخصياً فالضرائب، والجمارك المرتفعة، وقوانين المرور، وإشارات منع التدخين، وضرورة الإلتزام بأوقات الانصراف والحضور للعمل أو الدراسة، والعلاقة بالسلطة والرؤساء كلها أشياء لايمكن أن تكون بحال موضع رضانا جميعاً. لكن الصحة ومتطلبات الوفاق النفسى تعرف أن السخط الدائم، والتحايل، والهلع الشديد منها تستثير القلق والإضطراب. وليس معنى القبول بهذه الأشياء التوقف عن الدفاع عن الحقوق إذا أهدرت، وعدم رد العدوان إذا كان فى تطبيق هذه القواعد ظلم أو تحيز. فمن المعروف أن الدفاع عن الحقوق المشروعة يعتبر سمة رئيسية من سمات الصحة. ومن المهم أن يعرف الشخص ويمارس الوسائل الفعالة لذلك، كالشكوى، أو استخدام السبل القانونية أو السياسية المتاحة للعمل على تغيير بعض اللوائح السيئة أو للتقليل من مضارها علينا. أما الدخول فى صراع دائم مع هذه القواعد، ومع القوى التي تدافع عنها أو يحميها كرجال الشرطة أو المرور أو السكرتارية، أو الموظفون الصغار.. وغيرهم لايمكن أن يكون أسلوباً من الأساليب المرغوبة لمن يتسمون بالصحة والنضوج.

ومن الأشياء التي تتطلب الصحة القبول بها الكوارث والتغيرات

المفاجئة التى لانحكمها. فوفاة الأقارب، والإصابة بعاهة، ووجود طفل متخلف أو مريض، لا يجب أن تمنعنا من محاولة البحث الإيجابى النشط عن أساليب تخفف أو تعالج هذه المصائب ما أمكن. أما الانهيار الكامل إزاء هذه الأحداث والوقوف بالشخصية عند مرحلة الانشغال وإثارة القلق عمدا فهى طريقة تبين لنا ملاحظة السلوك الصحى أنها تزيد من التوترات النفسية، وتؤدى إلى تفاقم المشكلات، وتقلل من مستوى الكفاءة عند التفكير فى التغلب على ماثيره هذه الكوارث والتغيرات من مشكلات.

وواضح أن الشخصية السوية بالرغم من ضيقها بالطاعة والامتثال يجب أن تتحلى بقدر من المنطق السديد يمكنها من تقبل ما لا يمكن تغييره بما فى ذلك أحداث الماضى، وثوابت الحياة الطبيعية، وما نتصف به من خصائص جسمانية أو نفسية ثبتتها فينا عوامل لاقدرة لنا عليها.

القدرة على التواصل الجيد والفاعلية الاجتماعية

ولانعنى بالفاعلية الاجتماعية مايفهمه البعض خطأ على إنها إغراق فى علاقات إجتماعية دائمة، والتهريج، وإطلاق النكات، والإغراق فى المجاملات الاجتماعية. إن القدرة على التواصل الجيد والفاعلية فى المواقف الاجتماعية قد تختلط بمفهوم الانبساط، وحب الاختلاط، وعدم تحمل الوحدة ولو لفترات قصيرة. فكثير «من الأشخاص الذين يبدون للناظر على أنهم اجتماعيون وذوو صداقات متعددة، ومقدرة على الانتقال من موقف إلى موقف إجتماعى أخرهم فى الحقيقة قد يكونوا أبعد مايكونوا عن الصحة والوقاف النفسى. ويحذرنا بعض علماء علاج النفسى والصحة النفسية من اختلاط مفاهيم مثل «إجتماعى» أو «انبساطى» أو «خفيف الظل» بمفاهيم كالصحة النفسية والسواء والنضوج الاجتماعى. إن الإنسان - فيما يبين لنا هؤلاء العلماء قد يكون مقيداً وهو فى قمة النشاط الاجتماعى، ومن الشائع أن تجد أن كثيراً من الأشخاص يثيرون حولهم الضجيج لكنهم من الناحية النفسية أبعد مايكونوا عن التكامل والوقاف.

وتتسم الفاعلية الإجتماعية بالمهارة فى تكوين علاقات شخصية واجتماعية فعالة، تتسم بالدفء والتبادل ومرونة الإنتقال بين الأخذ والعطاء. ولهذا تتميز صلات الشخص غير القلق بأنها لاتؤدى إلى إيقاع الغبن بأى طرف من الأطراف الداخلة فى عملية التفاعل. أى أن هذه العلاقات تكون مقبولة من الشخص نفسه، وفى نفس الوقت تكون غير مرفوضة أو مستهجنة من الآخرين. وسنتخير فيما يلى بعض النماذج الرئيسية لهذه الخاصية :

الفاعلية فى أداء الأدوار الإجتماعية

تمثل مواقف العمل والأسرة والأصدقاء وزملاء المهنة جانباً إجتماعياً مهماً من حياة أى إنسان. ومن الملامح الصحية للشخصية عند التفاعل بهذه المواقف مايسمى بالفاعلية فى أداء الدور الاجتماعى الملائم لكل موقف. ولكل موقف من هذه المواقف متطلباته الخاصة حتى ينجح الشخص فيه. فالرجل فى داخل الأسرة يحتاج للقيام بدوره بنجاح وفاعلية لى يحافظ على استقرار الأسرة اقتصادياً وإجتماعياً ونفسياً. والشخص فى الموقف الواحد يتنقل بين عدد من الأدوار. قرب الأسرة الناجح يكون أبا لأبنائه ويقوم بدور الزوج بالنسبة لزوجته، وهو كذلك قد يقوم بدور الإبن لوالديه إن كانوا من الأحياء. ويسهل - فى أحيان كثيراً - الانتقال بين هذه الأدوار بمرونة.. خاصة إن كان الشخص نفسه على درجة عالية من النضوج وسلامة الحس.. لكن الأمر يتطلب مرونة أكبر ودرجة عالية من النضوج إذا كان على الشخص أن يتفاعل بمواقف إجتماعية متعارضة فى متطلباتها. فالتوفيق بين مطالب عمل يمتلىء بالضغوط والصراع ومطالب الأسرة والأصدقاء جميعاً معاً تحتاج لمهارة ولدرجة أعلى من الصحة النفسية. بعبارة أخرى، فإن الإنسان - السوى هو إنسان قادر على التوفيق بين متطلبات المواقف الاجتماعية المختلفة وهذا ما يطلق عليه علماء النفس اسم المرونة فى أداء الأدوار أو المرونة الاجتماعية.

ومن المشهود عن الأشخاص الذين ثقلهم الأمراض النفسية أنهم :

١- جامدون يكرهون التغيير والتطور، والإستجابة للمواقف الإجتماعية بما يلائمها.

٢- يفتقدون للمهارة فى أداء الأدوار التى تلائم كل موقف.

٣- أنهم قد يدخلون أنفسهم عمدا فى مواقف تحتاج لأدوار تتعارض مع الأدوار التى تتطلبها المواقف الإجتماعية السوية. ولهذا تزداد مظاهر التصلب والقلق بين الرجال والنساء الذين يحافظون على علاقات أسرية أو جنسية تنسم بالثنائية. والطبيب الذى يعمل بالتجارة، والرجل الذى يتخذ من امرأة أخرى عشيقه، والتلميذ الذى تستهلكه المجاملات وغيرهم تمثل حالات للفشل فى التمييز بين متطلبات الأدوار السوية.

٤- الركون لدور واحد أو أدوار محدودة فى الحياة شراءاً للسلام وبحثاً عن التبسيط الشديد للحياة الاجتماعية. فالشخص الذى تستغرقه الحياة الأسرية تماماً بشكل يعجزه عن التطور المهنى أو العلمى بنفسه، يعرض نفسه للقلق أكثر من ذلك الذى يوازن بين المواقف المختلفة ليمنح كل منها بعض الوقت. ولعل أسوأ ما فى هذا الجانب أنه يفقدنا الاتصال الجيد بالآخرين فى المواقف المختلفة التى تحتاج لتنمية شخصية أو إجتماعية، ويشعرنا بالعزلة المؤلمة التى تعتبر تربة خصبة للقلق والمخاوف الإجتماعية.

وكلنا يمكن أن يكون عرضة للجمود الذى يخلقه العجز وعدم المهارة فى أداء الأدوار الإجتماعية خاصة إذا سمحنا للمواقف الإجتماعية أن تسيطر علينا وتدفعنا إلى الإهمال فى تنمية الشخصية، وتطويرها نحو أداء أدوار إجتماعية أخرى.

إن نسبة كبيرة من رواد العيادات النفسية قد فقدوا أو يفتقدون إلى جزء كبير من المهارة في أداء الأدوار الاجتماعية. ولهذا تتطلب الصحة أن تولى بعض الجهد لتكوين المهارة في أداء الدور أو الأدوار الاجتماعية بانسجام.

التحرر من الخبرات الاجتماعية المؤلمة

التي تتعلق بالماضي

يعرف كل ممارس للعلاج النفسي أن هناك قدراً كبيراً من السخط على الماضي والأحداث الاجتماعية السابقة تنتشر بين حالات القلق. فلو الماضى، ولوم الآباء على أساليبهم المتعسفة في التربية، والتجارب الاجتماعية السيئة في مجالات الأسرة أو المهنة غالباً ما تثار من المرضى في جلسات العلاج النفسي لتفسير الجوانب المرضية في الشخصية. صحيح أن نمو القلق، وتطوره يكون دائماً مسبوقاً بأساليب تربية متسلطة. وصحيح أننا معشر علماء النفس نولى جهداً كبيراً لدراسة هذه الأساليب وآثارها على الشخصية، ونمو الأمراض النفسية والاجتماعية. وصحيح أن نتائج البحوث النفسية تبين أن هناك ما يشبه الصلة العلية بين نمو القلق المرضى وبعض الأساليب الوالدية أو البيئية المتعسفة في تربية الأطفال وترشيد الصغار، لكن ما يكشفه البحث العلمي في هذا المجال يختلف عن الممارسة العملية، ويختلف عما تتطلبه الصحة. إن الصحة تحتاج - كما نبين لمرضانا في جلسات العلاج النفسي - إلى :

- ١- التحرر من سلطان الماضي والعلاقات الاجتماعية التي تمت على نحو خاطيء.
- ٢- إن ماتم في الماضي مجرد أحداث، لكن تفسيرنا لها هو الذى يضاف عليها طابع الخطورة والخوف.

٣- أن الماضى شىء لا يمكن لى إحضاره الآن لكى أغير منه أو أبدل فيه، فالماضى وإحداثه أشياء تمت ووقفت عند اللحظات التى حدثت فيها. أما ما يمكن تغييره الآن هو أنت، وأفكارك، وما تضيفه من قيم سلبية على هذا الماضى.

ونعرف أن إختياراً حقيقياً للصحة والتكامل قد بدأ يتبلور عندما يتوقف المرضى عن تلك الدفاعية الهجومية على الماضى والسخط على الأسرة. فعندما يبدأ الانفعال الشديد بأحداث الماضى يتخافت، نعرف عندئذ أن لغة صحية جديدة قد بدأت فى التكوين، من سماتها الرئيسية العبور بالشخصية إلى الفعل النشط والتطور بإمكانيات فكرية ووجدانية غير مقيدة بأحداث الماضى. ولهذا تتزايد الفرص أمام الفرد على فاعلية أكثر لسلوكهم الاجتماعى.

الفاعلية الهادئة

- هل تتضايق عندما تعجز عن نقل وجهة نظرك للآخرين بكل دقة؟

- هل تعلن أى نجاح أو إنجاز تقوم به حتى قبل أن يكتمل؟

وهل تخرج بسهولة بسبب ما يبدر من الآخرين من سلوك غير مهذب، أو لغة غير لائقة؟

وهل تجد صعوبة واضحة فى الإبتعاد عن المواقف أو الناس الذين تصدر منهم تصرفات ضارة كالتدخين فى وجهك؟

هل تعيد وتزيد من وجهة نظرك حتى تكون متأكداً من نقلها، ثم تلوم نفسك بعد ذلك؟

هل تقضى وقتاً طويلاً فى تحليل مشاعرك أو تصرفاتك أو علاقتك بالأقارب والزملاء؟

إذا انطبقت عليك أى عبارة من العبارات السابقة فإنك تفتقر لأحد جوانب الصحة والفاعلية الإجتماعية. إن الشخص الذى يقضى وقته يوضح نفسه، ويعلن عن إنجازاته ونجاحاته، وتشده اللحظة الإجتماعية ليثبت من خلال سلوكه وكلماته أنه مهم، وناجح، ومنتج، ويملك ما لا يملك الآخرون شخص يفتقد لما نسميه بالفاعلية الهادئة التى تمثل - فى تصورنا - ركناً رئيسياً من أركان الثقة بالنفس.

ويعنى مفهوم الفاعلية الهادئة بكل بساطة أن لا يكون الشخص ملزماً بتقديم تقرير عن نفسه وإنجازاته كلما أتاحت له الفرصة فى الاحتكاك والتفاعل. وكلما أمكن للشخص أن يحرر نفسه من الإعلان الصاخب عن إنجازاته ومواهبه كلما أتاحت له مكاسب صحية أكثر، منها على سبيل المثال :

١- تحرير نفسه من التبعة والإحتياج الشديد للآخرين فهو غير مضطر للإعلان القهرى عن النفس.

٢- تنمية القدرة على التذوق الشخصى الخاص لطعم ما يحقق من إنجازات.

إن الإنسان الذى لا يتذوق شخصياً متعة إنجازاته الخاصة وما يمنحه عمله الخاص له من رضا ونشوة، يضيف على الآخرين أهمية أكبر منه هو شخصياً. وبذلك يضيق من فرص سعادته الشخصية، ويجعلها مرهونة بلحظات محدودة هى اللحظات التى يكون بإمكانه الإعلان عن نفسه لاصطياد اعجاب الآخرين.

٣- التقليل من الصراعات الإجتماعية، والعداء الخارجى بسبب اللغة المتفاخرة، والصاخبة، وبسبب ما قد تثيره إعلاناته عن تفوقه على الآخرين وتجاوزهم من كراهية، أو حسد أو غيظ بينهم.

إن الصخب طريقة غير فعالة فى إثبات الكفاءة . والشخص الذى يختار هذا الطريق قد يبدو - فى الظاهر - متحرراً من القلق والقيود إلا أن الآخرين يعرفون عنه افتقاره للإستقرار النفسى والثقة، وعدم إحساسه بالطمأنينة والأمان .

ويعرف الأصحاء أن الفاعلية الهادئة تحررهم من القلق فى المواقف الاجتماعية، ولهذا نجدهم يميلون إلى :

١- تجنب الإعلان عن الإنجازات والمكاسب، والمفاخرة بالعمل . وقد شدتني شخصياً هذه الخاصية فى كاتبنا المعروف نجيب محفوظ . ففى كل المرات التى أتيج لى الاستماع إليه أو الحضور إلى جلساته المنتظمة فى مقهى «ريش» فى الماضى لم أصادف منه بالمرة حديثاً عن عمل من أعماله نشر أو لم ينشر . لقد كان نموذجاً للفاعلية الهادئة فى أوضاع صورها .

٢- يحرصون على الخصوصية، ولا يجدون فيها أو فى الانعزال عن الآخرين قيمة مرضية . والانعزال لايعنى العزلة . فالانعزال أمر قصى واختيار شخصى يقوم الشخص من خلاله بإبعاد نفسه مؤقتاً عن الآخرين، أو الأماكن الصاخبة لكى يرضى احتياجاته الخاصة ومتطلبات التكامل كالإبداع أو التأمل أو أى إنجاز شخصى أو عملى آخر . أما العزلة فهى شعور ينتاب الشخص عندما يشعر بأنه وحيد ومرفوض أو غير مقبول من الآخرين . وقد يشعر الشخص بالعزلة حتى وهو فى قمة الاحتكاك بالآخرين . والعزلة شعور ممرض تمثل خاصية رئيسية من الخواص التى تصف حالات القلق الإجتماعى . أما الانعزال فهو فعل إرادى وملمح رئيسى من ملامح الفاعلية الهادئة .

* اقتناعات خاصة بالنجاح أو الفشل

يتطلب النضوح تحرراً من النظرة الدائمة لمن حولنا للتأكد من أن مشاعرنا نحو الأشياء أو نحو النفس والآخرين حقيقية فيما تثير من أعجاب أو سخط. ويتطلب ذلك :

تجنب المقارنة الدائمة بالآخرين :

فمن الخصائص الدالة على الصحة تنمية الاقتناع والثقة بالنفس بصورة تمكننا من تجنب المقارنة بالآخرين، وبالتالي تتيح لنا فرصة تطوير حياتنا ومثلنا العليا وفق معايير شخصية.

إن من مآسى الحياة فى جماعة، هى أنها تعلمنا وتفرض علينا مبكراً أن ننظر إلى المعايير الخارجية لكى نقارن أنفسنا على أساسها ونحكم وفقها على قيمة ما نملك أو ننجز. كيف نعرف أننا أذكاء ؟ بالمقارنة بالأولاد الآخرين. كيف نعرف أننا أصحاء ؟ أو سعداء ؟ ناجحون ؟ أو جذابون ؟ لنراجع الآخرين، وننظر فيمن حولنا لنراقب أقوالهم وأفعالهم وتعليقاتهم على مانلبس أو نأكل أو ننجز أو نعبر من أفكار وأراء.

والمقارنة بالآخرين تكون أحياناً مطلباً صحيحاً. فمن خلال هذه المقارنات نجد وسيلة سهلة ويجد المجتمع طريقاً مضموناً للتقييم والحكم على أفرادهم. ونحن بفعل هذه الحاجة نقيم أنفسنا، وندفع - عندما تكون المقارنة بالآخرين ذات متضمنات إيجابية - إلى التجويد فى العمل، أو التغيير من بعض أنماط سلوكنا، ونحسن من إنتاجنا أو عملنا حتى يرقى للمعايير الاجتماعية السائدة، ومقاييس التفوق الخارجى. إن هذه المقارنات تعلمنا دون شك ذلك الإحترام الذى نوليه جوانب التفوق ومقاييس النجاح كما تصوغها معايير خارجية.

ويجنى بعض الآباء والرؤساء إلى استخدام أسلوب المقارنة بالآخرين كوسيلة من وسائل الضبط، وطريقة لفرض بعض القواعد أو بعض

الرغبات الشخصية على الآخرين إفحص كمثال - أو أمثلة - على ذلك العبارات الآتية التى تمتلىء بها حياتنا الإجتماعية فى مواقف الأسرة والعمل :

«أصحابك لا يغادرون بيوتهم فى هذه الأيام الصعبة،

«إن الآخرين لا يكثرون من الشكوى مثلك،

«لماذا لا تكن كبقية إخوتك،

«أن أى شخص فى محلك يتمنى ربع ما تملك فلماذا لا تقتنع
مثلهم ؟ ،

« آه لو كنت مثل»

فهذه جميعاً عبارات تحمل فى طياتها مقارنة بالآخرين، وتهدف إلى ضبط السلوك والتحكم فى إثارة مشاعر أو تصرفات مرغوبة. وقد رأينا من قبل (عند الحديث عن قلق الأطفال)، أن الأسر التى تتسم بهذا الأسلوب تخلق فى أطفالها مشاعر القلق مبكراً فى حياة أفراد الأسرة.

ولعل أسوأ ما ينقله هذا الأسلوب أنه يعلمنا التبعية الكاملة لمحككات أو معايير خارجية لم نساهم فى صنعها. ويحرمنا الاعتماد الكامل على أحكام الآخرين وتعليقاتهم من الاستفادة بنوع آخر من المعايير الضرورية للصحة والتطور، وهى معايير الخاصة واقتناعائك الشخصية، ورضائك الذاتى عما تفعل أو لا تفعل. أو متى تفعله أو لا تفعله. ويعرف الأسوياء من الناس أنه لا حاجة لهم بالنظر الدائم لمن حولهم لاختبار حقيقة مشاعرهم. فالرضا عن النفس، وتقديرها، والقبول أو عدم القبول بما نحن عليه من ذكاء، أو نجاح، أو جاذبية، أو ثروة كلها يمكن أن تستند على معايير شخصية بحتة. ويحذرنا أحد علماء النفس من الوقوع الدائم فى عمليات مقارنة بالآخرين ويرى أن المقارنة الدائمة بالآخرين فخر تقع فيه الشخصية، وتتحول من

خلاله إلى ضحية لأحكام الناس ومعاييرهم في أكثر خصائصنا وسماتنا الفريدة. ويعرف الأصحاء أن الآخرين يلجأون دائماً لهذا الأسلوب كطريقة من طرائق التحكم فيمن حولهم ودفعهم للطاعة والانصياع. ولهذا، فإن من أحد ملامح الصحة هو تجنب المقارنة بالآخرين، بالانطلاق من معايير شخصية لتقييم ما نحن عليه من خصائص أو صفات. إننا بعبارة أخرى، لانحتاج لإذن أو تصريح من الخارج لكي يمنحنا الرضا أو الإعجاب بما ننجز أو نحس.

النزعة الاستقلالية :

وتكوين معايير الخاصة يتطلب قدراً عالياً من الإستقلال في الرأي والسلوك. والاستقلال لايعنى الوقوع في فخ المخالفة والمعارضة من أجل المعارضة. إن القيام بدور عسكري الشرطة للدفاع عن أى رأى طالما أنه مخالف للرأى الذى نسمعه، دور ممقوت، ويقلل من تأثيرنا فى الآخرين، ويثير النفور. والمخالفة والعناد - ولو أنهما قد يبدوان لصاحبها علامة على الاستقلال - توقع الشخص فى كثير من المنازعات التى لاتخدم رغبة الشخص فى تطوره الناضج بشخصيته.

والنزعة الاستقلالية مع ذلك تتضمن تحرراً من الأخطاء الشائعة، وقدراً أكبر على امتحان ما يأتينا من آراء أو تصرفات بصورة موضوعية.

ولهذا نجد الميالين إلى الاستقلال أكثر من غيرهم قدرة على مقاومة الشائع وعدم الوقوع فى فخ كثير من الأمراض النفسية والاجتماعية. فهم أكثر حرية على مقاومة التعصب الاجتماعى أو الفكرى، كما أنهم أكثر قدرة على تقبل الأفكار الجديدة. وتنميتها. وفوق هذا وذاك، نجدهم أكثر فاعلية فى ابتكار أساليبهم الخاصة فى تنمية امكانياتهم الذهنية والاجتماعية.

إن النزعة الاستقلالية خاصية يجب التشجيع عليها بسبب ما تمنحنا

إياه من قدرات تختلف فى جوهرها عما نسميه بالقلق، والوقوع فى المرض النفسى.

التحرر من سيطرة الانفعال الواحد

- هل تستطيع أن تعبر عن حبك واستلطافك لبعض الأشياء والأشخاص فى الوقت المناسب ؟
 - إذا جرح أحد مشاعرك، فهل تتجنب إيذاء مشاعره ؟
 - إذا وضعتك الظروف مع شخص غريب عنك، فهل تجد صعوبة فى بدء الحديث ؟
 - إذا طلب منك طلباً غير معقول فهل تفرض ذلك ببساطة ؟
 - هل تحتج إذا منعك أحد من ممارسة أحد حقوقك ؟
 - هل تجد صعوبة فى مدح أو تفريط الآخرين ؟
 - إذا ارتكب شخص أقل منك منزلة أو تحت إشرافك خطأ معيناً فهل تجد صعوبة فى تأنيبه ؟
 - هل تكثر من الاعتذار والتأسف ؟
 - إذا طلب منك فى مطعم أو تاكسى أن تدفع أكثر مما تعتقد أنه مطلوب فهل تدفع صاغراً، ودون استفسار أو احتجاج ؟
 - إذا حدث شئ غير متوقع، فهل من السهل عليك أن تبدى دهشتك ؟
 - هل بمقدورك أن تصد شخصاً أو مجموعة من الأشخاص إذا ما شعرت أن نكاتهم سخيفة أو تجرح مشاعرك ؟
- تمثل كل عبارة من العبارات السابقة، موقفاً اجتماعياً قد تعود علينا مواجهته بالقلق والضيق إذا ما فشلنا فيه، أما إذا استطعنا أن نواجهه بنجاح،

فإننا نشعر بالرضا والإنشاء. ولكي تتم مواجهة هذه المواقف بفاعلية أو نجاح، فإننا نحتاج إلى تشكيل انفعالاتنا بطرق مختلفة ومتنوعة. فبعضها يتطلب التعبير عن الرفض، أو الاستلطاف، وبعضها يتطلب الاحتجاج والعدوان، مواقف أخرى تتطلب المدح أو التأنيب، أو الدهشة.

ومن مآسى القلق أنه يكبلنا بشعور واحد هو الخوف. ومن شأن الخوف أن يشل غيره من الانفعالات الإيجابية التي تلائم الموقف. إننا بسبب القلق والخوف نعجز عن التعبير عن مشاعرنا في الاحتجاج على موقف سخي، أو نكتم معارضتنا عند الاختلاف في رأى يبدى، أو نرغم أنفسنا على تقبل جماعة مملة. ويسبب القلق نعجز حتى عن التعبير عن استمتاعنا بالأشخاص والأشياء الجميلة، أو إظهار إعجابنا أو دهشتنا بصورة واضحة.

ولهذا تتطلب الصحة قدرة على التحرر من سيطرة الانفعال الواحد، وتدريب النفس على التعبير عن المشاعر بحرية فيما عدا التعبير عن القلق. والتعبير عن المشاعر المختلفة في الوقت المائم يمتد ليشمل الرفض، والود، والغضب، والإعجاب، والحب والعدوان، والتحمس والاحتجاج. بعبارة أخرى فإن السواء يتطلب الألفة بالتعبير عن كل المشاعر في وقتها الملائم. والمريض النفسى الذى يثقل القلق حياته يعجز عن التعبير الحر المنطلق عن الذات سواء كان ذلك في المواقف التى تحتاج منه لصد عدوان معين أو إظهار التأييد والحب لشخص أو موقف معين.

التلون الانفعالي

هذه الخاصية التى أطلقنا عليه فى موقع آخر اسم الحرية الانفعالية خاصة تدل على التكامل والصحة والتحرر من قيود الانفعال الواحد. وتتطلب القدرة على الحرية الانفعالية درجة عالية من التلون الانفعالي. ومفهوم التلون الانفعالي مفهوم ابتكره الكاتب الحالى ليشير به إلى إحدى

الخصائص الإيجابية التي تتواتر في السلوك بعد النجاح في العلاج النفسي . فيبدأ المريض بالتنوع في مشاعره واستجاباته نحو البيئة فيرفض بعض المواقف . ويقبل بعض المواقف الأخرى ، ويطالب بحقوقه ، ويستحسن هذا ، ويتجاهل ذلك .. وهكذا .

وقد يتوهم البعض خطأ أن التلون الانفعالي لون من ألوان النفاق أو التلاعب بمن هم حولنا . لكنني لا أظن أن القارئ الذي استوعب الشرح السابق لهذا المفهوم يعجز عن التمييز بين هاتين الخاصيتين . فالمنافقة والخداع والتحكم في الآخرين تعبر عن تصرفات تتعارض مع الحرية الانفعالية ، وتشير في حقيقة الأمر إلى التقيد الانفعالي نتيجة للخوف من التعبير عن المشاعر الحقيقية نحو بعض الأخطاء السلوكية التي ترتكب في حقنا أو حق الآخرين . ومثل هذه التصرفات تتعارض مع التصرفات الدالة على التلون الانفعالي والتي تنسم بحرية واضحة في اختيار الشعور الملائم في الموقف . وإذا كانت المنافقة والتلاعب بالآخرين تزيد من قلق الشخص بسبب ما تضعه من قيود على مشاعره الحقيقية ، فإن التلون الانفعالي غالباً ما يعود على الشخص بانخفاض في مستوى القلق ، ومقدرة أكثر على التكيف الاجتماعي الفعال ، واحترام الذات وذلك بسبب ما يثيره هذا التلون من حرية في التعبير .

الدفاع عن الحقوق والمكاسب الشخصية

وتجد نسبة كبيرة من الناس نفسها عرضة للقلق لأنها تشعر بالعجز عن ابداء الرأي في مشكلة ما ، أو التعبير عن الاحتجاج في المواقف التي يشعر فيها بأن حقوقه قد اخترقت ، أو حُجبت عنه بعض المكاسب ، أو أن أحداً حاول عامداً أن يشوه من صورته وإنجازاته . وعادة ما يبرر الناس ذلك بأنهم لا يريدون خسارة الناس ، وأنهم يحرصون على حب الناس . وإذا كان أمر مقبول نسبياً عند التعامل مع الرؤساء والمديرين ، ومواقع السلطة فإنه يصبح غير مقبول تماماً عند التفاعل بالزملاء والأنداد والأفراد المعارضين

فى حياتنا . ولهذا نجد أن الانسحاب الإجتماعى خاصية تنتشر بين الأشخاص المصابين بالقلق . ومن المعروف أن الانسحاب من التفاعل بسبب ما يثيره هذا التفاعل من قلق لا يخفف من مشاعر القلق ولا يقلل منها .

ولهذا تتطلب الصحة قدرة على الدفاع عن الحقوق الشخصية ، وال..... ومن اللياقة النفسية فى هذا الصدد أن نشكل سلوكنا على حسب متطلبات الموقف . وإذا كان النجاح يخلق النجاح ، فإن نجاح الشخص فى التعبير الصادق الأمين فى الموقف ستزيد من ثقته بنفسه ، وقدراته على ضبط مخاوفه وقلقه .

وتمثل العلاقة بالسلطة أى الرؤساء والمشرفين مشكلة شائعة من حيث الدفاع عن الحقوق والاحتجاج عند إختراق حقوق الآخرين . إننا لانعنى أن كل سلطة سيئة ، أو أن كل المشرفين والرؤساء يخرقون الحقوق ويجحفون بمروسيهم . لكن هناك بالطبع من يمارس السلطة على نحو سىء ، وهناك دون شك من يجحف فى تطبيق القوانين ويسخرها للمصلحة الشخصية ويطوع القواعد بشكل يوقع الظلم والإجحاف بالبعض دون البعض الآخر .

وعندئذ تتطلب الصحة معرفة ببعض الأساليب التى تمكن الشخص من الدفاع عن حقوقه . إن الاحتجاج المباشر وإثارة الصراع ، والرفض الواضح ، وإقحام الذات فى معارك مباشرة مع السلطة .. قد لا تكون الأساليب الملائمة فى مثل هذه المواقف . لكن تحرير النفس من القلق والخوف ستمكن الشخص دون شك من القيام بأساليب أخرى تحقق له هدوئه ، وتمكنه من المحافظة على حقوقه وكرامته ومكاسبه دون إخلال بالنظام الإجتماعى الذى يحدد العلاقة بالسلطة ، والعمل . وقد استطاع علماء النفس أن يبتكروا الكثير من هذه الأساليب التى تلائم هذه المواقف ، ولكننا نجد أن الدخول فيها لا يتلائم مع هذا السياق .

التحرر من العدوان وإثارة المعارك والصراع من أجل الصراع :

إذا كان من الصحة والنضوج التعبير عن الرفض، والمعارضة والصمود فى وجه الصراعات التى قد تصدر بين الحين والآخر، فإن هذا لايعنى الاتسام بالإندفاع والعدوان وإثارة المعارك، والصراع من أجل الصراع، إن إثارة المعارك لاتعتبر دائماً طريقة ملائمة للتكيف، فهى تشتت الانتباه، وتثير صراعات جديدة. وتتطلب الصحة، قدراً كبيراً من معالجة التوترات الاجتماعية بتجنب الاندفاع والاستثارة السريعة، والتهجم والإصرار على الانتقام. هذا دون إغفال لحقوقهم الشخصية وحقوق غيرهم الداخليين معهم كأطراف. صحيح أن بعض المواقف تتطلب قدراً معيناً من العدوان لكن اتخاذ العدوان وتغلبه يفقده كثيراً من خصائصه الإيجابية ويوقع الشخصية تحت سيطرة الانفعال الواحد.

ولهذا يولى علماء العلاج النفسى جزءاً كبيراً من مجهوداتهم العلاجية إلى تدريب المرضى على العدوان والدفاع عن حقوقهم الشخصية، ويدربونهم أيضاً وينفس الجهد على التعبير عن إظهار الود، والتعاون، وإبداء الإعجاب، أو مدح سلوك طيب، أو تأييد رأى جيد. وتدلنا ملاحظتنا أن كثيراً من الأشخاص قد يسهل عليهم التدرب على إظهار العدوان والغضب، لكنهم يجدون صعوبة واضحة فى التعبير عن مشاعر الإعجاب والحب وتدعيم الآخرين.

التحرر من الشعور بالندم والتأنيب الدائم للنفس

المحاكمات المستمرة للنفس واللوم الذاتى الذى لايكاد ينقطع لأن الشخص تصرف بطريقة ما وكان يجب أن يتصرف بطريقة أخرى، أو كاد يجب أن لايبدر منه هذا السلوك أو ذاك، تجعل الشخص مثقلاً بالهموم والقلق.

ويزداد ميل البعض للإحساس بالذنب بصورة مبالغ فيها أكثر من

البعض الآخر.. ويبدو أن من أسباب التي تقوى من هذا الإحساس عند البعض ترتبط بأساليب التنشئة الوالدية فالخبرات الماضية، وأساليب الوالدين في تنشئة الطفل قد تتسم بالرغبة في السيطرة على سلوك الطفل من خلال اشعاره بالذنب وإظهاره مخطئاً في حق الآخرين أو الأبوين.

وعادة ما تنتشر بين الآباء والأمهات الذين يستخدمون أسلوب الإحساس بالذنب كثيراً من العبارات التي تثير هذا الإحساس عمداً في نفس الطفل للتحكم في الأخطاء السلوكية التي قد تصدر منه. من هذه العبارات.

«حرام عليك،

«لقد ضحينا من أجلك،

«إننا أكبر منك سناً ،

«إذا بقيت على ذلك فلن يحبك أحد،

..... الخ .

وقد تنجح هذه الأساليب بالفعل في ضبط سلوك الطفل، لكنها تنجح في ذلك بتمن باهظ يدفعه الطفل نفسه . فهو يتعلم من هذه الأساليب مبكراً عدم تقبل النفس والوقوع تحت رحمة الشعور الدائم بالقلق، وافتقاد السلام مع النفس .

وإذا كانت الصحة النفسية تتطلب ضبط مشاعر الندم الدائمة، فإن ذلك لايعنى الدعوة إلى إضعاف الضمير والحس الخلقى، كما لايعنى أن نبذل إحساسنا بالآلام الآخرين ومعاناتهم . إن الأمر على عكس هذا تماماً لأن البحوث تبين لنا أن الأصحاء يجدون لديهم طاقة أكبر على الإرتباط والدفاع عن بعض القضايا الضميرية والحس الخلقى . وتبين أنهم أكثر قدرة على التحرر من قضايا التعصب العنصرى والطبى، كذلك نجدهم أكثر إحساساً بالغبن الإجتماعى الذى يقع عليهم أو على الآخرين بسبب الجنس

أو الدين أو القومية أو الإلتواء لأقلية اجتماعية معينة. وهذه جوانب من السلوك لا يجد الأشخاص الذين تعتصرهم مشاعر الذنب والندم وقتاً أو طاقة للدفاع عنها.

ومن الصحة أن يعترف الإنسان بأخطائه حتى يتجنب تكرارها. لكن الصحة أيضاً تتطلب أن لا تتفاقم هذه المشاعر لدرجة تعوق الشخص عن اكتشاف جوانب المتعة المشروعة فى حياته.

ومن مزايا التحرر من الندم الدائم، أنه يجعل الشخص أكثر قدرة على معايشة اللحظة الراهنة بكل متطلباتها. إن الشخص السوى يعرف جيداً أن اللحظة الحاضرة هى الشيء الوحيد الذى بإمكاننا التحكم فيه. ولهذا فإن متعته بالحاضر تكون أكبر من أن تطبع بأحسيس الندم على الماضى. إن الصحة تتطلب بعبارة أخرى الإلتعاط بالماضى لكن دون أن نغفل عما يحمل حاضرننا من لحظات إيجابية وقواعد خاصة به.

اللياقة البدنية

المظهر والملبس النظيف :

إتقان الهدام، والعناية بالملبس والمظهر النظيف، والسير النشط الذى ليس بهرولة أو تراخى، وتجنب الحركات الدالة على التعب والعناء والملل جميعها أشياء يجب تشجيعها. صحيح أنها لا ترتبط ارتباطاً مباشراً بالصحة النفسية أو الوفاق النفسى، إلا أنها تساهم فى رفع الروح المعنوية للشخص. فهى من ناحية تمنح الشخص إحساساً بالنشاط والحيوية، كما أنها ذات تأثير إيحائى قوى فى الآخرين بسبب ما تثيره إنطباعات جيدة تكون انعكاساتها على إحترام الشخص لنفسه وتقديره لها واضحاً.

الإهتمام بالتمارين الرياضية :

ومن علامات الصحة الإهتمام بالتمارين الرياضية. ولا يعنى بذلك الإلتواء إلى نادى، أو التعصب المقيت لجماعات رياضية معينة، أو الولع

الشديد بالقوة وبناء العضلات، لكن التمرينات الرياضية الخفيفة كالتمشي، والسياسة من الأشياء التي تساعد على التنظيم الفسيولوجي لأعضاء الجسم، كما أنها تزيد من حيوية الذهن، وتساهم بشكل عام في رفع اللياقة البدنية للشخص. وبالرغم من أن النشاط الرياضي يحتاج للإعتدال والمثابرة، فإن من الأفضل أن يتحول إلى أسلوب حياة. فإذا بدا أن من الصعب اقتطاع جزء من وقت الشخص لذلك، أو أن المكان لا يسمح فإن القيام بذلك في أي وقت من أوقات النهار أو الليل أو في أي مكان للحظات قصيرة قد يفي ولو جزئياً بأغراض التنظيم الفسيولوجي. إذا كان عملك مثلاً يتطلب الاعتكاف على مكتب. فحاول أن تقوم بين فترة وأخرى بعمل بعض التمارين السريديّة لدقيقتين أو ثلاث. إذا كان عملك يتطلب الانتقال من مكان إلى آخر، حاول أن تبقى سيارتك أو التاكسي على مسافة بعيدة نسبياً من المكان.. حتى تكون أمامك فرصة أكبر للسير، لئلا بأس أن تقوم خلال مشاهدتك للبرامج التلفزيونية بهذه التمارين الخفيفة أثناء مشاهدتك إياها. بعبارة أخرى، إذا حاولت أن تجعل من هذا الهدف أسلوباً لحياتك، فإنك بالطبع ستستطيع أن تلتقط كثيراً من الأوقات التي قد تبدو لك غير ملائمة وأن توظفها لهذا الغرض. إن كثيراً من الأمراض التي يطلق عليها علماء النفس إسم الأمراض السيكوسوماتية أي الأمراض النفسجسمية وهي الأمراض العضوية التي يكون منشؤها نفسياً كارتفاع ضغط الدم، والآلام العضلية، وأمراض التنفس تكون نتيجة مباشرة لأسلوب حياة خاطيء. وينصح الأطباء أن يكون علاجها مزيجاً من العلاج العضوي والنفسي والمثابرة على التدريبات الرياضية.

الغذاء المتوازن :

تعرف البديهة الصحية قيمة الغذاء المتوازن والبعد عن النهم والإسراف في الأطعمة الدسمة التي تفقد الجسم كثيراً من حيويته. لكن الغذاء المتوازن لايعنى الحرمان من الأطعمة أو تجويع النفس بهدف

المحافظة على الصحة والنحافة. صحيح أن لكل شخص ظروفه الصحية التى تستتبع أن يكون حذراً فى تناول بعض الأطعمة دون البعض الآخر، لكن اللياقة البدنية تحتاج إلى أن يهتم الشخص بهذا الجانب وأن يفحص غذائه على أساس علمى حتى ولو احتاج منه ذلك إلى استشارة الاختصاصيين فى هذا المجال. وتتزايد أهمية هذا الجانب إذا كان الشخص يعاني من بعض الإختلالات العضوية الشديدة الإرتباط بالوظائف النفسية كارتفاع الضغط، أو السكر، وأمراض التنفس. وبالرغم من عدم وجود أدلة علمية قاطعة على العلاقة المباشرة بين الغذاء (كالفيتامينات مثلاً) والأمراض النفسية، إلا أن اللياقة البدنية التى يكون الغذاء والطعام من إحدى مقوماتها الرئيسية تكون لها تأثيرات سلوكية، بسبب التزئير الإيحائى الإجتماعى للصحة الجسمية، ويسبب ماتمنحه لنا الصحة الجسمية من طاقة ومقدرة أكثر على بذل الجهد، والمثابرة على النشاطات التى تتعارض مع القلق وأمراض النفس.

الراحة والاسترخاء :

الاسترخاء العضلى فن له قواعده العلمية التى يسهل على أى شخص تعلمها. وقد أصبح الآن أسلوب له تمارينه الخاصة التى يمكن اتقانها بقليل من الجهد. وفضلاً عما للإسترخاء من آثار عامة منشطة للجسم والبدن بعد إكماله، فإنه يلعب دوراً معارضاً للقلق. فالقلق والإسترخاء لا يجتمعان. فمن أحد الملامح الرئيسية للقلق التوتر البدنى والعضوى الشديد، لكن الاسترخاء هو اختفاء للتوتر، ويتطلب المحافظة على أعضاء الجسم فى وضع سلبى غير نشط للحظات قد تطول أو تقصر.

وتحتاج الصحة إلى ممارسة الاسترخاء عمداً مرتان أو ثلاث مرات يومياً لفترة تتراوح من ٨ دقائق إلى ١٥ دقيقة فى كل مرة. ويمكن أن يكون الاسترخاء عاماً لكل الجسم. ويحتاج الاسترخاء العام من هذا النوع إلى مكان خاص، وأن يستلقى الشخص على أريكة أو سرير وأن يبتعد عن

المشتتات. ولكن يمكن أن يكون الاسترخاء موجهاً لبعض العضلات أو الأعضاء الخاصة كالجبهة فى حالة الصداع، والأعضاء السفلى من الجسم عند الممارسة الجنسية، والظهر عند القيام بنشاطات تتطلب الجلوس كقيادة السيارة أو العمل المكتبى.. إلخ. وهذا النوع الأخير من الإسترخاء ليس له وقت معين أو مكان معين إذ يمكن للشخص أن يمارسه فى أى وقت يقوم فيه بالنشاط المرتبط بالتوتر والقلق.

معالجة المشكلات الصحية :

وتحتاج المحافظة على اللياقة البدنية إهتماماً بعلاج المشكلات البدنية والأمراض التى قد تصيب الشخص. ويخطئ الشخص إذا استمع للآخرين عندما يقولون له أن مرضه ليس جسيماً، ولكنه موهوم. وتبين ملاحظتنا لبعض المرضى أن كثيراً من شكاواهم الجسمية تكون حقيقة، ولو أن بعضها يكون نابعاً من المبالغة أو ضيق الاهتمامات. ولهذا فإن الزيادة المنظمة للطبيب والقيام بالتحليلات الضرورية، والاستمرار فى العلاج حتى نهايته.. ستؤدى إلى التعجيل بالشفاء، وتقلل من المفاجآت المرضية الخطرة.

وإذا كان الاهتمام بالعلاج الطبى للمرض شيئاً يجب التشجيع عليه، فإن الاهتمام بعلاج المرض لايعدى الإهتمام بوجود المرض ذاته. فالإنزعاج الشديد بالرغم من التزام الشخص بمتطلبات العلاج شئ يزيد من هموم الشخص والأسرة ويخلق جواً نفسياً كئيباً. ولهذا فإن معالجة المشكلات الصحية تتضمن بالإضافة إلى علاجها إلى أن لانشجع التطرف الشديد فى الاهتمام بوجود المرض نفسه فيتحول الشخص إلى شكاء شديد الإنزعاج والهلع. إن الهلع والشكاوى الكثيرة والمخاوف من الإصابة من الأمراض حتى قبل حدوثها تعبر عن القلق وتساعد على استمراره، ولانقل خطورة عما يتركه إهمال الصحة والسخرية من أوامر الأطباء والاستخفاف بالعلاج.

ومن ملامح الصحة - بهذا الشأن - أن لا يتعامل الشخص مع الأمراض البسيطة التي تصيبه كالزكام، والبرد، والآلام العضلية كالصداع إلى كارثة تشل النشاط، وتكبّل قوانا الحيوية.

وباختصار فإن العلاج الملائم والدواء المناسب، والوقاية المبكرة، وتدريب الجسم مبكراً على المقاومة، وتجنب الأماكن أو الأشخاص الذين يمكن أن تنتقل منهم العدوى بسهولة.. كلها أشياء تعرف البديهة العامة أهميتها وضرورتها. لكن الاستسلام للمرض والعجز، وفرص قيود شديدة على تحرك الشخص وممارسة نشاطاته بسبب الأمراض الخفيفة قد يتحول إلى خاصية دائمة في الشخصية لاتخدم تطورها نحو الصحة بأى حال.

ملحق

استخدام الاسترخاء كوسيلة لعلاج القلق

يستجيب الناس جميعهم تقريباً للاضطرابات الإنفعالية بما فيها القلق بتغيرات وزيادة في الأنشطة العضلية. وتتركز بعض هذه التغيرات في الجبهة. ومن المعروف أن إثارة الانفعالات تؤدي أيضاً إلى توترات في الرقبة، ومفاصل الذراعين، والركبتين والعضلات الباسطة. كذلك تتوتر حتى عضلات الأعضاء الداخلية كالمعدة، والقفص الصدري، وعندما يتعرض الشخص لمنبهات انفعالية شديدة تزداد الحركات اللاإرادية في اليدين والذراع.

ومن الثابت أيضاً أن الزيادة الشديدة في التوتر العضلي تتوقف أساساً على شدة الاضطرابات الإنفعالية، خاصة عندما يواجه الفرد مشكلات تتعلق بتوافقه. ومن المؤسف أن التوتر العضلي الشديد لا يساعد بل يضعف قدرة الكائن على التوافق، والنشاط البناء، والإنتاج، والكفاءة العقلية. فالأشخاص في حالات الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفاً بناءً.

والاسترخاء يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن تجد شخصاً ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة لكنه لا يكف مع ذلك عن إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي مثل عدم الاستقرار الحركي والتقلب المستمر والذهن المشحون بالأفكار والصراعات.

ويمتثل التراث السيكلوجي ببحوث عدة تؤكد أن بعض الأفراد ممن تتركز استجاباتهم للقلق والإنفعال في شكل توترات عضلية خاصة ونوعية وليس في الجسم كله. وعلى سبيل الأمثلة، هناك ما يدل على أن الصداغ،

وآلام الظهر (كأشكال من التوتر العضلى) تشيع لدى الأشخاص الذين يتميزون بالكسل، والعجز عن الفعل والنشاط .. وفى دراسة على ٤٠٠ مريض تبين أن الصداع النفسى) أى الصداع الراجع للتوتر النفسى (يحدث بشكل خاص فى حالات القلق ويغض النظر عن التأثير النوعى للمنبهات الإنفعالية تبين بشكل عام أن تطوير استجابات توترية فى عضل معين أمر تلعب فيه الفروق الفردية دورا كبيرا أيضا . فالفرد الذى اعتاد أن يواجه اضطراباته الإنفعالية الراجعة للقلق بحالة من الصداع سيظهر الصداع لديه فى كل الاضطرابات الإنفعالية الاخرى فيها العداوة، أو الصراع الجنسى، أو أنواع الصراعات والضغط الاجتماعى الأخرى . والخلاصة أن بحوث «نوعية التوترات، قد تضيف نتائج عميقة لفاعلية العلاج النفسى . وعلى سبيل المثال فإن تنبه الشخص لذلك سيجعله على دراية بأنواع التوتر العضلى المستثار مما سيساهم فى إعداد خطة الاسترخاء بطريقة خاصة ومختصرة .

خطوات التدريب على الاسترخاء

(أولا) تحديد مواقف التوتر والمواقف المثيرة للقلق :

تتطلب الخطوة الأولى فى التدريب على الاسترخاء، أن تجمع بعض المعلومات عن المواقف التى تثير قمة التوتر لديك ، وتلك التى تشعر فيها بالهدوء والراحة . تأكد عند جمعك لهذه المعلومات، أن تضع أولا مقياسا يحدد درجة شعورك بالتوتر والقلق المرتبطة بنوع المواقف والأوقات التى تنور فيها هذه المشاعر . ويقترح ليفينسون وزملاؤه من الولايات المتحدة أن يتراوح ذلك المقياس من صفر : ١٠ . ونجد وفق هذا المقياس أن الدرجة ١٠ تعبر عن أعلى درجة من القلق والتوتر ، بينما يمثل الصفر أقصى درجات الهدوء والاسترخاء .

وبالإضافة إلى ذلك ، عليك أيضا أن تحتفظ بسجل بالأعراض

الخاصة التي ترتبط بالتوتر لديك مثلا : الصداع، آلام في المعدة، صعوبات في النوم، آلام في الرقبة آلام في أسفل الظهر، صعوبة في التنفس ... إلخ، وتبين لك الاستمارة المرفقة بعض الرموز التي يمكن أن تستخدمها لتصف بطريقة مختصرة هذه الأعراض . (وهذه الطريقة تمكنك من زن تراقب جيدا ظهور هذه الأعراض، كما تمكنك من التدريب على إرخائها كلما تطلب الأمر ذلك .

(ثانيا) الإجراءات :

تتفاوت إجراءات الاسترخاء من حيث الطول، فبعض التدريبات قد تستغرق نصف ساعة خاصة في البداية ، والبعض الآخر قد يستغرق عشر أو خمس دقائق بحسب خبرة الشخص ونجاحه في ممارسة التدريبات . وسواء بدأ الراغب في ممارسة التدريب ممارسته للاسترخاء بتوجيه من المعالج وبحضوره أو بتوجيه ذاتي فإن الخطوات التالية ذات فائدة جمة :

١ - استلق في وضع مريح عند بداية التدريب .. وتأكد من هدوء المكان وخلوه من المشتتات .

٢ - المكان الذي سترقد عليه يجب أن يكون مريحا .. ولا توجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم .

٣ - ليس بالضرورة أن تكون راقدا أو نائما .. بل يمكن البدء في التدريبات وأنت جالس في وضع مريح، وربما وأنت واقف في بعض الحالات .

٤ - ابدأ بتدريب عضو واحد في البداية على الاسترخاء ويفضل أن يكون الذراع كما في الخطوات الآتية .

* اغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة .

* لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتوتر وتشد .

* افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة ، أرخها وضعها فى مكان مريح على مسند الأريكة . لاحظ أن العضلات أخذت تسترخى وتثقل.

* كرر هذا التمرين عددا من المرات حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلى فى الحالة الأولى .. والاسترخاء الذى ينجم بعد ذلك عندما تفرد راحة يدك اليسرى ، وإلى أن تتأكد من أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلى . وأنه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى.

٥ - كرر هذا التمرين (الشد والإرخاء) مع بقية العضلات الأخرى.

٦ - بعد اكتساب القدرة على التحكم فى التوتر العضلى والاسترخاء فى جميع أعضاء الجسم عضوا فعضوا بالطريقة السابقة ، سيمكنك فى المرات التالية استغراق وقت أقل من ذلك .

٧ - اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذا النظام سيمكنك فى مواقف تالية من التحكم فى الاسترخاء العضلى .. فى مناطق معينة من الجسم فقط . فعندما تحتاج بعض المواقف إلى الإبقاء على بعض العضلات الأخرى غير المستخدمة لهذا الغرض فى حالة استرخاء فى مواقف قيادة سيارة مثلا تحتاج لعينيك وقدمك ويدك فى حالة من التأهب ، لكن بالطبع يمكنك الإبقاء على بعض العضلات الأخرى فى حالة استرخاء مثل عضلات الكتفين والظهر، والبطن والساقين ، حتى وأنت تقوم بأداء بعض الأعمال التى تحتاج للتركيز الشديد مثل قيادة سيارتك . لاحظ أنه يمكنك أن تكون مسترخيا وأنت فى قمة النشاط .

٨ - من المهم أن تستخدم قوة الإحياء والتركيز الفكرى لمساعدتك على الوصول إلى إحساس عميق بالاسترخاء العضلى فى لحظات قصيرة . لهذا من المفيد أن تدرب التفكير على التركيز فى عمليات الشد والاسترخاء العضلتين بالطريقة السابقة . إذا وجدت أن تفكيرك يهيم فى موضوعات

أخرى أعده إراديا إلى الإحساس بالجسم .

٩ - لا تياس إذا عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء .. فإن التكرار من شأنه أن يمكنك من ضبط الجسم بإيقائه في حالة استرخاء إن عاجلا أو آجلا .

شروط أخرى تساعد على الاسترخاء بفاعلية

هناك تدريبات متنوعة تستخدم في حالات مختلفة من التوتر والقلق، وقد أشرنا إلى بعض هذه التمارين في مصادر أخرى يمكن للقارئ أن يرجع إليها (انظر إبراهيم، ١٩٨٧، ١٩٨٨) ونكتفي هنا بعرض بعض الإجراءات الضرورية المطلوب تحقيقها:

يستغرق تدريب المرضى على الاسترخاء العضلي المنظم في العيادات النفسية عادة ست جلسات علاجية ، في كل منها يجب أن تخصص عشرين دقيقة على الأقل لتدريبات الاسترخاء . وفي نفس الوقت يطلب من المريض أن يمارس التدريبات على الاسترخاء لمدة خمس عشرة دقيقة يوميا بنفسه بحسب الإرشادات العلاجية . ويجب قبل البداية في التدريب على الاسترخاء أن نعطي الشخص تصورا عاما لطبيعة اضطرابه النفسي ، وأن نبين له أن الاسترخاء العضلي ما هو إلا طريقة من طرق التخفيف من التوترات النفسية وتحقيق الهدوء وال ضبط لمشاعر الانفعال الذي يصاحب عادة الأمراض النفسية . ويمكن لهذا أن توضح للمريض أن مجرد الاسترخاء العادي بالرقاد على أريكة، أو سرير يؤدي إلى آثار مهدئة ملحوظة . والسبب في هذا أن هناك علاقة واضحة بين مدى استرخاء العضلات وحدوث تغيرات انفعالية ملطفة أو مضادة للانفعالات الهائلة والقلق .

ولا يوجد ترتيب محدد للأعضاء التي يجب البداية باسترخائها ولكن من الضروري بالطبع أن يبدأ التدريب على الاسترخاء ببعض أعضاء الجسم حتى يتمكن الشخص بالتدريج وينجح من ضبط قدرته على استرخاء عضلات الجسم كله . ويفضل المعالجون عادة، البداية بالتدريب

على استرخاء عضلات الذراعين لسهولة ذلك من ناحية ، ولتعلم المريض بشكل واضح معنى الاسترخاء العضلى ونتائجه من ناحية أخرى. ثم يتم الانتقال بعد ذلك لمنطقة الرأس لان كثيرا من العوامل المهدئة للتوتر تتركز فى القدرة على السيطرة على عضلات الوجه ومنطقة الرأس بشكل عام... وهكذا. وعلى العموم نجد أن إعداد المريض وتهيئته للممارسة التدريب على الاسترخاء العضلى تتكون من النقاط الآتية:

- ١ - أنه يجب على المريض أن يعلم أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة أو مهارة لا تختلف عن أى مهارة يكون قد تعلمها فى حياته قبل ذلك كقيادة سيارة، أو تعلم سباحة، أو لعبة رياضية جديدة. وبعبارة أخرى يبين له أن مثله مثل كثير من الناس تعلم أن يكون مشدودا ومتوترا ، وأنه بنفس المنطق يمكنه أن يتعلم أن يكون عكس ذلك أى قادرا على الاسترخاء والهدوء وأن دور المعالج هو أن يعلمه كيف يصل إلى ذلك .
- ٢ - قد يشعر المريض ببعض المشاعر الغريبة كالتمثيل فى أصابع اليد ، أو إحساس اقرب للسقوط، وأنه يجب أن لا يخشى ذلك لان هذا شئ عادى ودليل على أن عضلات الجسم بدأب تتراخى، .
- ٣ - ينصح أن تكون الأفكار كلها مركزة فى اللحظة ، أى فى عملية الاسترخاء وذلك للمساعدة على تعميق الإحساس به. ولكى يمكنك تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح فى هذه المرحلة قد عليك أن تتخيل بعض اللحظات فى حياتك والتي اتسمت بمشاعر هادئة فياضة .
- ٤ - كقاعدة يجب التوصية بالمحافظة على كل عضلات الجسم فى حالة تراخى أثناء الاسترخاء خاصة تغميض العينين لمنع المشتتات البصرية التى قد تعوق الاسترخاء التام.
- ٥ - من العوامل الهامة التى قد تعوق الاسترخاء الناجح تجول العقل فى تخيلات بعيدة وبالرغم من أنه لا خطر فى ذلك ، فمن الأفضل الرجوع بهذه الأفكار إلى الموقف الاسترخاء ومتابعة التدريب والتركيز على الجسم بقدر الاستطاعة .

٦ - من الضروري أن تعرف أن استرخاء أى عضو معناه اختفاء كامل لأى تقلصات أو انقباضات فى هذا العضو ويمكن أن نستدل على نجاح استرخاء عضو معين كعضلات الذراع مثلا بتحريكه فى الاتجاهات المختلفة أو الضغط عليه ، ويكون الاسترخاء ناجحا إذا لم نجد أى مقاومة من هذا العضو . بتغير آخر تكون أعصاب هذا العضو متوقفة تماما عن أى نشاط .

ويتوقف جزء كبير من نجاح العلاج السولكى على قدرة الشخص فى تنفيذ ذلك ، وبالتالي التمكن بعد ذلك من الاسترخاء الناجح الإرادى لكل عضلات الجسم عضوا فعضوا . لهذا نجد أن هناك اهتماما كبيرا - فى الوقت الحالى - بابتكار تدريبات من شأنها أن تساعد على الاسترخاء العضوى الكامل تدريجيا .

والخلاصة أن جميع الناس تقريبا تستجيب للضطرابات الانفعالية بزيادة فى توترات عضلات الجسم . ومن شأن هذا التوتر أن يضعف من قدرة الكائن على المقاومة أو الاستمرار الكفاء فى نشاطه الجسمى والعقلى، بل ويجعله اكثر استهدافا لمزيد من الانفعال والاضطراب والخوف والسلبية.. وتشيع حالات التوتر العضلى بين المرضى النفسىين والعقلين اكثر من شيوعها بين الأسوياء والناجحين اجتماعيا والقادرين على ممارسة أنشطة الحياة بكفاءة . ويضطحب كل اضطراب انفعالى بتوتر نوعى فى بعض عضلات الجسم .. فالقلق يضطحب بتوتر فى عضلات الرأس الصداع، والمعدة والإحساس بالذنب بتوتر فى عضلات الظهر كآلام الظهر.

وقد أوضحنا بعض الأساليب للمساعدة فى السيطرة على التوترات العضلية وتحقيق الاسترخاء العضلى . وأوضحنا أنه بإمكان الإنسان أن يتعلم وسائل من شأنها أن تساعد على تحقيق هذا الاسترخاء . ويؤدى نجاح الشخص فى تعلم الاسترخاء العضلى إلى تغيرات شاملة فى الشخصية وإلى مزيد من الكفاءة والنضج فى مواجهة مشكلات الحياة بأزماتها الاجتماعية والنفسية.

مراجع عربية وأجنبية

- إبراهيم، عبدالستار. (1987) علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ.
- إبراهيم، عبدالستار. (1994) العلاج النفسي السلوكي لامعرفي الحديث: اساليبه وميادين تطبيقه: القاهرة : دار الفجر.
- إبراهيم، عبدالستار. (1991) القلق: قيود من الوهم. القاهرة: كتاب الهلال.
- إبراهيم، عبدالستار. (1996) الضغوط النفسية: نافذة على الصحة والمرض. الدمام: مطبوعات جامعة الملك فيصل.
- إبراهيم، عبدالستار، وإبراهيم، رضوى. (1996) الحضارة والعلاج النفسي. مجلة العلوم الاجتماعية، 24، 3، 107 - 79.
- ابن سينا، أبو علي الحسين. القانون في الطب، الجزء الثاني بيروت: دار صادر.
- شيهان، دافيد (١٩٨٨) مرض القلق، عالم المعرفة، ترجمة عزت شعلان. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- جونجسما، آرثر، وبيترسون، مارك. (1997) خطة العلاج النفسي، ترجمة عادل دمرداش. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- American Psychiatric Association (1993). **Diagnostic Statistical Manual - IV (DSM-IV)**. Washington, D. C: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T, (1969). **Depression: Causes and treatment**. Philadelphia: University of pennsylvania Press.
- Beck, A. T, & Emery, G. (1985). **Anxiety disorders and phobias**. New York : Basic Books.

-
-
- Charitiesworth, E. A. & Nathan, R. G. (191). **Stress management**. New York : Ballantine Books.
 - Davis, M., Eschelman, E. R., & Mckay, M. (1993). **The relaxation and stress reductin workshop**. Oakland, CA: New Harbinger (2nd ed.). clinical approach. New York. Ny: John Wiley.
 - Dryden, W., & Ellis, A. (1987). Rational-Emotive Therapy (RET).In W. Dryden & Golden (Eds.) **Cognitive - behavioural approaches to psychotherapy**. Now York: Hemisphere.
 - Ellis, A. (1962): **Reason and emotion in Psychotherapy**. New York: Lyle Stuart.
 - Ellis, A. (1977). Rational-emotive therapy. **The Counseling Psychologist**, 7, 1, 2, 27.
 - Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy. In J. K. Zeig (Ed.), **The evolution of psychotherapy**. New: Brunner/Mazel.
 - Ellis, A., & Dryedn, W. (1987). **The practice of rational- emotive therapy**. New York : Springer.
 - Ellis, A. & Harper, R. A. (1975): **A new guide to rational living** Engewood Cloffs, New Jersey : Prentice Hall.
 - Eysenck, H. (1978). **You and Neurosis**. Glalgow: Fontana./Collins.

-
-
- Fezler, W. (1989). **Creative imagery : How to visualize in all five senses** . New York : simon & Schuster.
 - Gambrell, E. D. (1993). Behaveoral intervention with child abuse and neglect . In M. Gelder, M., Gath, D., & Mayou, R. (1984). **Oxford textbook of psychiatry**. Oxford: Oxford University Press.
 - Goodwin, D. W. (1986). **Anxiety**. New York Ballantine.
 - Greist, J.; Jefferson, J.; & Marks, I. (1986). **Anxxiety and its treatment**. New York : Warner Books.
 - Hewitt, J. (1985). **Relaxation**. Teading, Eng.: Cox & Wyman Inc.
 - Ibrahim, A-S., & Ibrahim, R. M. (1996). **The founada-tions of human behavior in health and illness**. New York, N. Y.; Heartstone Book, Carlton Press.
 - Kaplan, R. M.; Sallis, J. F., & Patterson, T. L. (1993). **Health and human behavior**. New York: Mc Graw Hill.
 - Lazarus, A. (1996). A multidimensional behavior therapist's perspective on Ruth. In G. Corey (Eds.), **Case approach to counseling and psychotherapy**. New York: Brooks/Coole Pyublishing Company (4th Ed.),
 - Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. S., & Shaw, D. A. (1969). Depression: A clinical research approach. In R. D. Rubin, & C. M. Franks (Eds.), **Advances in behavior therapy**. New York : Academic Press.

-
-
- Meichenbaum D. (1973) : Cognitive factors in behavior modification : Modifying what clients say to themselves. In Cyril Franks and Gerald Wilson (eds.). **Annual Review of Behavior Therapy**. New York : Bruner/Mazel.
 - Ornstein, R., & Sobel, D. (1990) . **Healthy pleasures**. Reading, Mass. : Addison-Wesley. Polonsky, W. H. (1996). Relaxation training In J. L. Jacobson, & A. M. Jacobson (Eds.), **Psychiatric secrets** . Philadelphia, PA : Mosby (pp 255-260)
 - Rice, P. L. (1992). **Stress \$ health**. Pacific Grove, Cal. : Brooks/Cole (2nd Ed.).
 - Samson, J. A. (1996). Cognitive therapy. In J. L. Jacobson, & A. M. Jacobson (Eds.), **Psychiatric secrets**. Philadelphia, PA : Mosby (pp 227 - 230) .
 - Seligman, M. E. P., Klein, D.C., & Miller, W. R. (1976). Depression. In H. Leitenberg (Ed.) **Handbook of behavior modification and behavior therapy**. New Jersey : Prentice-Hall (pp. 168-210) .
 - Spiegler, M., & Guevremont, D. C. (1993). **Contemporary behavior therapy** . Pacific Grove, California : Brooks/Cole Publishing Company (2nd. Ed.).
 - Welch, G., & Jacobson, A. M. (1996). Behavior therapy. In J. L. Jacobson, & A. M. Jacobson (Eds.), **Psychiatric secrets** . Philadelphia, PA : Mosby (pp 231 - 236).

-
-
- Winter, R. (1979). **Triumph over tension** . New York : Grosset & Dunlap.
 - World Health Organization (1992). **ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders**. WHO :GENEVE.
 - Zarb, J. M. (1992). **Cognitive-behavioral assessment and therapy with adolescents**. New York : Brunner/Mazel.

فهرس الكتاب

٣	..... مقدمة :
	الفصل الأول
٥	..... التعرف على حالات القلق
	الفصل الثاني
٢٣	..... مجتمعات انسانية عرفت القلق
	الفصل الثالث
٣٩	..... القلق وراثه وصناعة
	الفصل الرابع
٥٩	..... العقاقير الطبية ومشكلات العلاج الطبى للقلق
	الفصل الخامس
٧٧	..... محاور العلاج
	الفصل السادس
٩٧	..... القلق فى حياة أطفالنا
	الفصل السابع
١١٧	..... ملامح الصحة .. والوفاق النفسى
	ملحق :
١٤٥	..... استخدام الاسترخاء فى علاج القلق .
١٥٣	..... المراجع والمصادر